



Jahresbericht **2016/17**

Deutsche Transplantationsgesellschaft e.V.

INHALT

Vorwort	1
Jahresbericht	3
Gremien der DTG	8
Vorstand	9
Erweiterter Vorstand	10
Vorstandsgeschichte	11
In Gremien entsandte Mitglieder	12
Ehrenmitglieder	14
Transplantationskodex	15
Berichte aus den Kommissionen	20
Kommission Herz / Lunge	21
Kommission Niere	23
Kommission Leber / Darm	24
Kommission Pankreas	26
Kommission Psychologie / Psychosomatik	32
Kommission Organentnahme	33
Kommission Immunologie / Immungenetik	34
Kommission Ethik	36
DTG-Jahrestagungen	37
Preisträger 2016	38
Chronik	40
Tagungsgebühren	41
Mitglieder	42
Mitgliederentwicklung	43
Antrag auf Mitgliedschaft	44
SEPA-Lastschriftmandat	45
Impressum	47

VORWORT

zum Jahresbericht der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Mitglieder der DTG,

es ist mir eine große Freude, Ihnen heute einen ersten schriftlichen Jahresbericht unserer Fachgesellschaft für das Berichtsjahr 2016/17 vorlegen zu können.

In Anbetracht der höchst kritischen Situation, in der sich die Organspende und die Transplantationsmedizin in Deutschland befinden, hat der Vorstand der DTG beschlossen, Ihnen und auch der interessierten Öffentlichkeit detailliert über die Arbeit zu berichten, die so viele unserer Mitglieder mit großem ehrenamtlichen Engagement leisten, um endlich auf eine Verbesserung hinzuarbeiten.

Auch sollten aktuelle Entwicklungen in der Transplantationsmedizin transparent dargestellt und wenn nötig aus DTG-Sicht gewertet werden.

Natürlich ist auch dieser Jahresbericht nur ein kleiner, weiterer Schritt zur weiteren Professionalisierung der Arbeit in der DTG. Bitte sparen Sie daher nicht mit Vorschlägen oder auch mit Kritik, so dass wir unseren Jahresbericht in den kommenden Ausgaben erfolgreich weiterentwickeln können.

Viel Spass kann ich Ihnen bei der Lektüre leider nur mit Einschränkungen wünschen, dazu sind manche Inhalte schlicht zu deprimierend. Aber eine bloße Resignation kommt natürlich nicht in Frage.

Organspende und Transplantation retten Leben – dieser vielleicht schon etwas alt anmutende Slogan ist aktueller und wichtiger denn je!

Ihr

Bernhard Banas
Präsident der DTG



Prof. Dr. med. Bernhard Banas, MBA
Präsident

Universitätsklinikum Regensburg

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG) zur Lage der Transplantationsmedizin in Deutschland im Jahr 2017

INHALTSVERZEICHNIS

- Hintergrund
- Aktuelle Zahlen
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Aktuelle Entwicklungen
- Wissenschaftliche Perspektiven
- Zusammenfassung und Ausblick

HINTERGRUND

Die Transplantationsmedizin in Deutschland hat weiterhin gravierende Schwierigkeiten bei der Versorgung von Patienten, die auf Wartelisten zur Organtransplantation gemeldet sind, zu berichten. Schon vor der Novellierung des Transplantationsgesetzes im Jahre 2012 machte die DTG regelmäßig darauf aufmerksam, dass in Deutschland ein eklatantes Missverhältnis von verfügbaren Transplantatorganen und deren potenziellen Empfängern auf den Wartelisten besteht. Dies war nicht zuletzt Folge der im europäischen Vergleich stets im unteren Schwankungsbereich liegenden Organspenderate.

In Folge der ab 2012 bekannt gewordenen Manipulationen bei Aufnahme von Patienten auf die Wartelisten zur Transplantation erfuhren die Themenbereiche Organspende und -transplantation in der Öffentlichkeit, wie auch unter medizinischen Fachberufen, eine überwiegend negative Aufmerksamkeit. Dennoch belegen wiederholte Umfragen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dass sich die allgemeine Einstellung zur Organspende in Deutschland nicht grundlegend änderte. Wie in vergleichbaren Ländern äußerten rund 80% der Befragten eine grundsätzlich positive Einstellung zu einer postmortalen Organspende.

AKTUELLE ZAHLEN

Den aktuellen Jahresberichten der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Stiftung Eurotransplant (ET) sind folgende Kennzahlen des Jahres

2016 für die Transplantationsaktivitäten in Deutschland zu entnehmen:

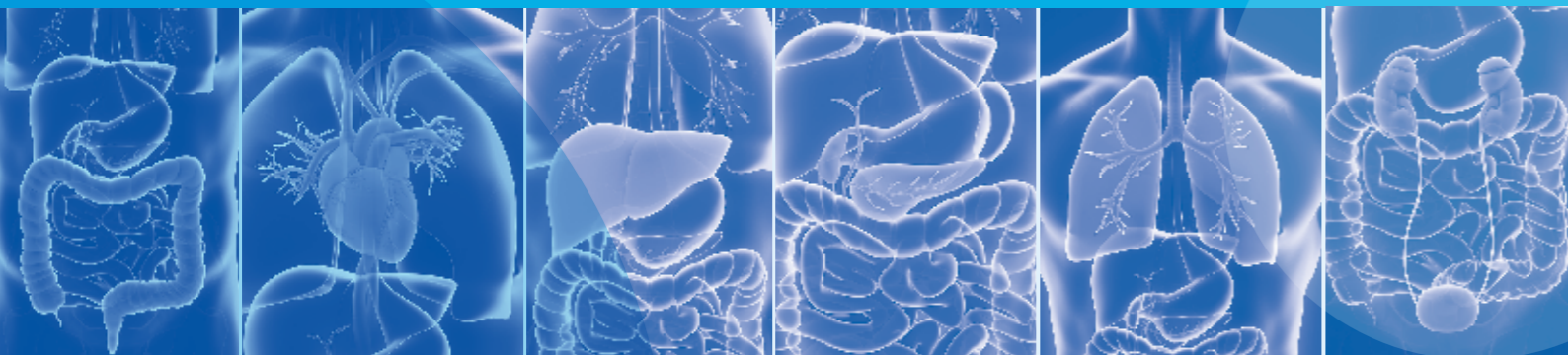
Aktiv zur Transplantation gelistete Patienten zum Jahresende 2016: **10.129**
 Erfolgreich transplantierte Patienten in 2016: **3.708** (davon 647 nach Lebendspende)
 Auf den Wartelisten verstorbene Patienten in 2016: **939** (teilweise für mehrere Organe gemeldet)
 Weitere Abgänge von den Wartelisten (Grund: „unfit for transplantation“ oder unbekannt) in 2016: **729**

Vergleiche zu anderen Ländern wurden wie folgt berichtet: Aktive Wartelisten Deutschland versus restliche Eurotransplant-Länder (d.h. Österreich, Belgien, Ungarn, Kroatien, Niederlande und Slowenien gemeinsam).

	DEUTSCHLAND	RESTL. ET-LÄNDER
Niere	7.976	3.025
Herz	725	405
Lunge	390	407
Leber	1.157	547
Pankreas	275	174

Bezogen auf je 1 Mio. Bürger betrug die Rate an Transplantationen im Jahr 2016 beispielsweise in Deutschland **44,4**, in Österreich **87,2**, in Frankreich **87,8**, in den Niederlanden **90,5** und in Spanien **102,3** (Transplantierte pro Jahr in Relation zur Gesamtbevölkerung).

Die im Vergleich zu anderen Ländern signifikant geringen Transplantationszahlen münden in erheblichen Unterschieden in der Versorgung der jeweiligen Bevölkerung. Als Beispiel sei genannt, dass Österreich und Spanien berichten, dass die Nierentransplantation die Dialysebehandlung als das am häufigsten genannte Nierenersatzverfahren bei terminaler Nierenkrankheit abgelöst hat. In Deutschland dagegen muss davon ausgegangen werden, dass bis zu 5-mal so viele Patienten mit Dialyse anstelle mittels einer Transplantation versorgt sind, wobei einschränkend zu sagen ist, dass in Deutschland weder die Prävalenz von Dialysepatienten noch die der aktuell lebenden Transplantierten veröffentlicht werden.



RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

In Konsequenz der Richtlinie 2010/45/EU des Europäischen Parlaments erfolgte im Jahre 2012 die Novellierung des Transplantationsgesetzes in Deutschland.

Mit dieser Änderung wurde in Deutschland die Entscheidungslösung eingeführt, um die Bevölkerung in der notwendigen Breite und regelmäßig mit dem Thema Organspende und -transplantation vertraut zu machen. Hauptziel ist es, dass jeder Bürger bereits zu Lebzeiten nach entsprechender Information eine Entscheidung für oder wider eine postmortale Organspende treffen und dokumentieren soll.

Aus Sicht der DTG ist die Einführung der Entscheidungslösung ein richtiger Schritt zur seriösen Information der Bevölkerung. Festzuhalten bleibt dennoch, dass in Ländern mit gesetzlich geregelter Widerspruchsregelung nachweislich höhere Organspenderaten dokumentiert sind als in denjenigen Ländern, die sich für eine Zustimmungsregelung entschieden haben.

Ferner wurden 2012 vielfältige gesetzliche Änderungen auf den Weg gebracht, um den Schutz von Organlebenspendern signifikant zu verstärken, was aus Sicht der Betroffenen und auch aus Sicht der DTG äußerst begrüßenswert ist. Leider erreichen die DTG immer noch Anfragen und Mitteilungen zu diesem Thema, die aufzeigen, dass Lebendspendern teilweise die entsprechenden Verbesserungen noch nicht vollumfänglich zu Gute kommen. Auch ist eine in Arbeit befindliche Richtlinie zur Organlebenspende noch nicht finalisiert bzw. publiziert.

Trotz vielfacher Anstrengungen, auch von Seiten der DTG, ist die in 2012 im Transplantationsgesetz geregelte bundesweite Einführung von Transplantationsbeauftragten aktuell leider immer noch nicht vollständig umgesetzt. Erschwert wird dies unter anderem durch eine verzögerte Einführung/Anpassung von Ausführungsgesetzen zum Transplantationsgesetz in einzelnen Bundesländern und von unterschiedlichen Standards, die für Transplantationsbeauftragte vorgegeben werden. Bezeichnend ist zudem, dass in Umfragen die Mehrzahl der Transplantationsbeauftragten (zum Teil erheblich) weniger als 15 Stunden pro Monat für ihre Aufgabe verwenden.

Eine adäquate Finanzierung der Nachsorge von Patienten nach Organtransplantation (wie übrigens auch zur Vorbereitung von Patienten zur Aufnahme auf die Warteliste zur Transplantation und zur Vorbereitung von Organlebenspendern sowie deren Nachsorge) wurde im Nachgang der Novellierung des Transplantationsgesetzes in 2012 ebenfalls gesetzlich geregelt (siehe SGB V, Paragraph 116b). Leider ist dies bislang (nunmehr > 5,5 Jahre und trotz dringlicher Bitte der DTG an den Gemeinsamen Bundesausschuss) immer noch nicht umgesetzt. Eine adäquate Finanzierung von Transplantationsvorbereitung und -nachsorge sollte aus Sicht der DTG möglichst bald vorgenommen werden, um zumindest den wenigen Patienten, die erfolgreich transplantiert werden können, eine bestmögliche medizinische Nachsorge anbieten zu können.

Bislang weitgehend undiskutiert, auch in der Fachöffentlichkeit, sind zum 1.1.2017 überarbeitete Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Nieren- und Lebertransplantation in Kraft getreten. Aus Sicht der DTG ist hierzu kritisch anzumerken, dass für die im Katalog genannten Zahlen (20 bzw. 25 als Mindestmenge für Leber- bzw. Nierentransplantation) keine ausreichende Evidenz vorliegt. Auch sind den vorliegenden Berichten der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung keine Daten zu entnehmen, die als Begründung für die gewählten Grenzen dienen könnten.

Vor kurzem erfolgten darüber hinaus erste Schritte, aus den bekannten Indikatoren der Qualitätssicherung auch für die Transplantationsmedizin sog. planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu definieren. Auch wenn seitens der DTG das allgemeine Prinzip „Pay for Performance“ als prinzipiell sinnvoll anzusehen ist, sind die aktuellen Möglichkeiten der Beurteilung der Qualität der Transplantationsmedizin ungeeignet, um strukturelle Verbesserungen vornehmen zu können, und nicht zuletzt deshalb wird aktuell das Transplantationsregister eingerichtet. Sollten die oben genannten Instrumente unreflektiert und mit dem einzigen Ziel einer möglichst schnellen Reduktion von Transplantationszentren (aus rein pekuniären Überlegungen?) angewendet werden, ist im Gegenteil zu erwarten, dass sich sowohl die Organspende als auch die Transplantationszahlen nochmals und signifikant negativ entwickeln werden.

Darüber hinaus würde eine Reduktion von möglichen Tätigkeitsfeldern für hochausgebildete Transplantationsmediziner das bereits real existierende Problem des fehlenden Nachwuchses in der Transplantationsmedizin erheblich verschärfen. Und nicht nur der Vollständigkeit halber muss darauf hingewiesen werden, dass in den Prüfberichten der Prüfungs- und Überwachungskommission insbesondere den kleineren Transplantationszentren eine ausgezeichnete und richtlinienkonforme Arbeit bescheinigt wurde.

Schließlich waren in 2013 mittels weiterer Änderungen zusätzliche Strafvorschriften im Transplantationsgesetz festgeschrieben worden. In 2017 ging – nach Feststellung von entsprechenden Richtlinienverstößen durch die Prüfungs- und Überwachungskommission – ein erster Prozess gegen einen Transplantationsmediziner, der wegen versuchten Totschlags angeklagt worden war, mit Verkündung eines Freispruches für den Angeklagten zu Ende. Die zugehörige Urteilsbegründung des Bundesgerichtshofes und davon abzuleitende Konsequenzen sind aktuell Gegenstand intensiver Diskussionen innerhalb und außerhalb der DTG. Mindestens ein weiteres staatsanwaltschaftliches Verfahren gegen andere Transplantationsmediziner wurde eingestellt.

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

Durch die Prüfungs- und Überwachungskommission wird weiterhin eine intensive Prüfung aller Transplantationsprogramme in Deutschland durchgeführt. Dabei ergab sich als positives Ergebnis, dass in allen Prüfungen von Nieren- und Pankreastransplantationsprogrammen ein richtlinienkonformes Arbeiten aller entsprechenden Transplantatprogramme zu bestätigen war. Ferner zeigte sich, dass Fehler bei den Aufnahmen auf die Warteliste auch in allen weiteren Transplantationsprogrammen signifikant rückläufig sind und damit die eingeleiteten Massnahmen, wie das strikte Mehraugenprinzip als Basis aller leistungsrelevanten Tätigkeiten, unabsichtliche (oder ggf. auch vorsätzliche) Richtlinienverstöße wirksam reduzieren können. Als negativ bleibt jedoch zu konstatieren, dass als Aus-

nahme von der Regel auch in 2017 via Webseite der Bundesärztekammer einzelne Prüfberichte publiziert wurden, in denen systematische Auffälligkeiten aufgelistet wurden, die teilweise sogar in den Zeitraum der verschärften Strafbarkeit fallen.

An dieser Stelle muss erneut auf den Transplantationskodex der DTG und die zugehörige, per Mitgliederbeschluss der Fachgesellschaft gefasste Selbstverpflichtung verwiesen werden, auf deren Basis die DTG sich – wie in 2016 geschehen – auch zukünftig von Personen mit Fehlverhalten distanzieren wird.

Mit dem Ziel, basierend auf wissenschaftlich korrekten Daten zukünftig bessere, evidenzbasierte Richtlinien zur Organallokation vornehmen zu können, wurden in 2017 die Vorbereitungen zur Etablierung eines Deutschen Transplantationsregisters begonnen, aktuell steht allerdings noch nicht fest, bei welcher Institution dieses Register angesiedelt werden wird. Unabhängig davon hat die Transplantationsmedizin bereits begonnen, die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Arbeiten des Registers umzusetzen, unter anderem durch Einholung der erforderlichen Einverständniserklärungen der betreffenden Patienten auf den Wartelisten bzw. nach Organtransplantation.

Als weiterer Schritt zur Qualitätsverbesserung in der Transplantationsmedizin haben die DTG und die Bundesärztekammer in enger Zusammenarbeit alle notwendigen Schritte zur Einführung eines Curriculums als Grundlage zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Transplantationsmediziner/-in“ unternommen, ein nächster wichtiger Schritt wird die Verabschiedung der neuen ärztlichen Musterweiterbildungsordnung durch den kommenden Ärztetag sein.

Für die weitere inhaltliche wie strukturelle Verbesserung der Transplantationsmedizin erfolgten bekanntermaßen in den letzten Jahren erhebliche Restrukturierungen fast aller beteiligten Institutionen und Gremien, wie auch der DTG, die u.a. ihre Satzung, ihre Geschäftsordnung zur Besetzung interner und externer Funktionen sowie auch den bereits oben erwähnten Transplantationskodex aktualisiert hat.

Festgehalten werden kann in diesem Jahresbericht, dass sich dadurch die Zusammenarbeit in und mit fast allen dieser Institutionen und Gremien (namentlich explizit zu erwähnen sind: Kommissionen innerhalb der DTG, Ständige Kommission Organtransplantation, Bundesärztekammer, Vertrauensstelle Transplantationsmedizin, Kostenträger und Auftraggeber im Gesundheitswesen, Gemeinsamer Bundesausschuss, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, aufsichtsführende Ministerien und Behörden, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Patienten- und Angehörigenverbänden) erheblich verbessert und professionalisiert hat.

Die aus Sicht der DTG leider zu erwähnende Ausnahme ist die Stiftung Eurotransplant, die zwar die unmittelbare Vermittlungstätigkeit gemäß ihren gesetzlichen Aufgaben ausführt, mit der jedoch – auch in Anknüpfung zu bereits in den letzten Jahren vorgebrachten Sorgen – derzeit intensive Diskussionen zu dringend notwendigen fachlich-inhaltlichen und strukturell-organisatorischen Verbesserungen geführt werden. Hier gilt es, grundsätzliche Fragen zur internationalen Organverteilung, zur Erarbeitung/Umsetzung von Allokationsregeln vor dem Hintergrund der deutschen Richtlinien, zu den Zuständigkeiten und Nicht-Zuständigkeiten von Eurotransplant, aber auch zur Transparenz von Strukturen und Prozessen zu adressieren, um nicht Gefahr zu laufen, eine öffentliche Grundsatzdiskussion über die Eignung von Eurotransplant als bestmögliche Vermittlungsstelle im Gefüge von Organspende und Transplantationsmedizin in Deutschland führen zu müssen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu bemerken, dass die Überarbeitung von Allokationsprinzipien sicherlich auch eine prinzipielle öffentliche und gesellschaftliche Diskussion zur Verteilungsgerechtigkeit von Spenderorganen benötigt. Diese Diskussion wird von der DTG maßgeblich unterstützt und ist deshalb auch ein Hauptthema auf den Jahrestagungen der DTG.

WISSENSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN

Als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft hat die DTG sicherlich den Auftrag, neben Verbesserungen für unmittelbare Patientenversorgung die langfristige Perspektive zu alternativen Therapiemöglichkeiten von Patienten mit terminalen Organkrankheiten zu beurteilen. Hierzu ist zu berichten, dass kurzfristig keine neuen chirurgisch-technischen und/oder pharmakologischen Therapieprinzipien eine signifikante Verbesserung von Überlebensraten von transplantierten Organen oder Organempfängern erwarten lassen. Dennoch erhöhen bahnbrechende wissenschaftliche Arbeiten der letzten Jahre die Wahrscheinlichkeit, dass mittelfristig neue Möglichkeiten zur Reparatur bzw. zum Ersatz von Organen Einzug in die Klinik finden werden.

Arbeiten zu den Vorgängen zum Winterschlaf bzw. bei der Überwinterung von komplexen Spezies (Säugetiere eingeschlossen) lassen hoffen, dass in Kombination mit neuen Perfusionstechniken und Fortschritten in der maschinellen Organperfusion die Transportzeit bzw. die Aufbewahrung von Spenderorganen wesentlich verbessert werden kann. Angestrebt wird ferner, dass Spenderorgane schlechter Qualität wieder so verbessert werden können, dass damit erfolgreiche Transplantationen durchzuführen sind. Studien zur Effektivität einer sog. zellbasierten Immunsuppression bzw. zur Kombination aus Knochenmarks- und Organtransplantation sollen klären, ob es möglich ist, das Immunsystem von Organempfängern so „umzuprogrammieren“, dass keine Abstoßungsreaktionen mehr auftreten und die nebenwirkungsreiche, medikamentöse Behandlung reduziert werden kann. Neue gentechnologische Techniken (Stichwort CRISPR/Cas-Methode) haben zu einer nicht mehr geglaubten Wiederbelebung der Xenotransplantations-Forschung (Organübertragung von Tier auf Mensch) geführt, erstmals scheint es nicht mehr unmöglich, die Hürde der damit verbundenen Abstoßungsreaktion und die Gefahren durch eine potenzielle Übertragung tierischer (Retro-)Viren überwinden zu können.

In Experimenten mit sog. pluripotenten Stammzellen bzw. mit spezifischen Progenitorzellen ist es bereits erfolgreich gelungen, in einem Tier einer Spezies ein Organ einer anderen Tierspezies „nachwachsen“ zu lassen.

Noch sehr am Anfang stehen sicherlich Experimente, z.B. via dreidimensionalem Druck verbunden mit dreidimensionaler Zellkultur Organe bzw. Teilorgane im Brutschrank nachwachsen zu lassen.

Teil klinischer Studien sind jedoch bereits dreidimensionale, kontraktile-funktionelle Herzunterstützungssysteme, die erwarten lassen, dass zumindest ein großer Teil der Patienten mit Herzschwäche zukünftig längerfristig mit entsprechenden Techniken behandelt werden kann.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Für das Berichtsjahr 2016/2017 kann die DTG keine Trendumkehr der weiterhin rückläufigen Zahlen für Organspende und -transplantationen berichten. Im internationalen Vergleich hat trotz hoher Qualität der deutschen Transplantationsmedizin die entsprechende quantitative Versorgung der betroffenen Patienten einen besorgniserregenden Tiefstand erreicht.

Der Umbau von für Organspende und -transplantation zuständigen Zentren, Gremien und Institutionen ist im Rahmen der derzeit gegebenen Möglichkeiten und mit einer Ausnahme weit fortgeschritten, so dass die Grundlagen für eine gewisse Verbesserung der Situation in den kommenden Jahren prinzipiell gegeben wären. Voraussetzung für eine grundlegende Verbesserung von Organspende und -transplantation in Deutschland wäre nach Ansicht der DTG jedoch, dass nach einer entsprechenden öffentlichen Diskussion ein gesamtgesellschaftlicher Konsens getroffen wird, der das klare Ziel haben muss, eine Versorgungsqualität auf dem Niveau vergleichbarer Länder zu erreichen.

Da dies aber aktuell nicht absehbar ist und im Gegenteil sogar zu verspüren ist, dass in den kommenden Monaten und Jahren eine Diskussion über einen erheblichen Rückbau der Transplantationsmedizin in Deutschland geführt werden wird, bleibt vielleicht nur zu hoffen, dass der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt zu neuen Optionen für Organreparatur und Organersatz führt.

Regensburg, Bonn, Dresden, München, Berlin, Hamburg
25. September 2017

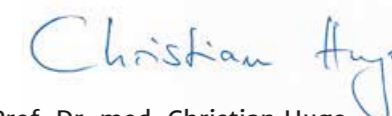
FÜR DIE DTG



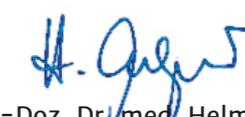
Prof. Dr. med. Bernhard Banas, MBA
Präsident



Prof. Dr. med. Christian Strassburg
President-Elect



Prof. Dr. med. Christian Hugo
Generalsekretär



Priv.-Doz. Dr./med. Helmut Arbogast
Schatzmeister



Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schriftführer



Prof. Dr. med. Björn Nashan
Past President

GREMIEN DER DTG

VORSTAND

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)

Die Vorstandsmitglieder



Prof. Dr. med. Bernhard Banas, MBA
Präsident

Ort: Universitätsklinikum
Regensburg



Prof. Dr. med. Christian Strassburg
President-Elect

Ort: Universitätsklinikum Bonn



Prof. Dr. med. Christian Hugo
Generalsekretär

Ort: Universitätsklinikum
Carl Gustav Carius Dresden



PD Dr. med. Helmut P. Arbogast
Schatzmeister

Ort: Klinikum der Universität
München



Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schriftführer

Ort: Charité Universitätsmedizin
Berlin



Prof. Dr. med. Björn Nashan
Past President

Ort: Hamburg



ERWEITERTER VORSTAND

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)

Die Vorstandsmitglieder

Prof. Dr. med. Richard Viebahn
Kommission Ethik

Ort: Chir. Universitätsklinik der Ruhr-Universität
Bochum

Dr. med. Gertrud Greif-Higer
Kommission Ethik

Ort: Universitätsmedizin Mainz

Prof. Dr. med. Jan F. Gummert
Kommission Herz/Lunge

Ort: Herz- und Diabeteszentrum NRW
Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. med. Christian Strassburg
Kommission Leber/Darm

Ort: Universitätsklinikum Bonn

Dr. med. Theresa Kauke
Kommission Immunologie

Ort: Klinikum der Universität München

Prof. Dr. med. Bernhard Krämer
Kommission Niere

Ort: Universitätsklinikum Mannheim

Prof. Dr. med. Peter Schemmer
Kommission Organentnahme

Ort: Universitätsklinikum Graz

PD Dr. med. Peter Schenker
Kommission Pankreas

Ort: Chir. Universitätsklinik
der Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. phil. Hans-Werner Künsebeck
Kommission Psychologie/Psychosomatik

Ort: Hannover

Prof. Dr. med. Björn Nashan
Past President

Ort: Hamburg

VORSTANDSGESCHICHTE

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)

FUNKTION	AMTSZEIT	NAME
Vorsitzender	1992 - 1993	Prof. Dr. Rudolf Pichlmayr †
	1993 - 1997	Prof. Dr. Peter Neuhaus
	1997 - 1999	Prof. Dr. Axel Haverich
	1999 - 2005	Prof. Dr. Johann Hauss
	2005 - 2007	Prof. Dr. Uwe Heemann
Präsident	2007 - 2010	Prof. Dr. Uwe Heemann
	2010 - 2013	Prof. Dr. Wolf Otto Bechstein
	2013 - 2016	Prof. Dr. Björn Nashan
	2016 - 2019	Prof. Dr. Bernhard Banas
Stellvertretende/r Vorsitzende/r	1992 - 1995	PD Dr. Jürgen Kaden und Frau PD Dr. Gisela Offner
	1995 - 1997	Prof. Dr. Axel Haverich
	1997 - 2001	Prof. Dr. Jürgen Offermann
	2001 - 2005	Prof. Dr. Hans-Hellmut Neumayer
	2005 - 2007	Prof. Dr. Hans Jürgen Schlitt
President-Elect	2007 - 2010	Prof. Dr. Hans Jürgen Schlitt
	2010 - 2013	Prof. Dr. Björn Nashan
	2013 - 2016	Prof. Dr. Bernhard Banas
	2016 - 2019	Prof. Dr. Christian Strassburg
Schatzmeister	1993 - 1995	Prof. Dr. U. W. Schäfer
	1995 - 1999	Prof. Dr. Johann Hauss
	1999 - 2007	Prof. Dr. Bruno Reichart
	2007 - 2010	Prof. Dr. Bruno Reichart
	2010 - 2013	PD Dr. Helmut Arbogast
	2013 - 2016	PD Dr. Helmut Arbogast
	2016 - 2019	PD Dr. Helmut Arbogast
Schriftführer	1992 - 1995	Prof. Dr. Arno Lison
	1995 - 1997	Prof. Dr. Ulrich Frei
	1997 - 2001	Prof. Dr. Heide Sperschneider
	2001 - 2007	Prof. Dr. Ernst Klar
	2007 - 2010	Prof. Dr. Ernst Klar
	2010 - 2013	Prof. Dr. Hartmut Schmidt
	2013 - 2016	Prof. Dr. Christian Strassburg
	2016 - 2019	Prof. Dr. Johann Pratschke
	Generalsekretär	1994 - 1995
1995 - 2000		Prof. Dr. Günter Kirste
2000 - 2003		Prof. Dr. Uwe Heemann
2003 - 2006		Prof. Dr. Bernhard Krämer
2006 - 2009		Prof. Dr. Bernhard Krämer
2009 - 2012		Prof. Dr. Bernhard Banas
2012 - 2014		Prof. Dr. Bernhard Banas
2014 - 2017		Prof. Dr. Christian Hugo

IN GREMIEN ENTSANDTE MITGLIEDER

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)

DSO-Stiftungsrat

Past-President: Prof. Dr. med. Björn Nashan
President-Elect: Prof. Dr. med. Christian Strassburg

Eurotransplant

Board Member:
Past-President: Prof. Dr. med. Björn Nashan
Präsident: Prof. Dr. med. Bernhard Banas, MBA (*Stellvertreter*)

Advisory Committees:

Kidney Advisory Committee (ETKAC)
Vorsitzender Kommission Niere: Prof. Dr. med. Bernhard Krämer
Stellvertreter Kommission Niere: Prof. Dr. med. Klemens Budde
Prof. Dr. med. Ingeborg Hauser
PD Dr. med. Przemyslaw Pisarski
Prof. Dr. med. Christian Hugo (*Stellvertreter*)

Liver Intestine Advisory Committee (ELIAC)

Vorsitzender Kommission Leber: Prof. Dr. med. Christian Strassburg
Stellvertreter Kommission Leber:
Substitutes: PD Dr. med. Andreas Umgelter (*Stellvertreter*)
Prof. Dr. med. Andreas Pascher (*Stellvertreter*)

Pancreas Advisory Committee (EPAC)

Vorsitzender Kommission Pankreas: PD Dr. med. Peter Schenker
Stellvertreter Kommission Pankreas: PD Dr. med. Andreas Kahl
PD Dr. med. Barbara Ludwig
Prof. Dr. med. Frank Lehner (*Stellvertreter*)

Thoracic Advisory Committee (EThAC)

Vorsitzender Kommission Herz: Prof. Dr. med. Jan Gummert
Stellvertreter Kommission Herz: Prof. Dr. med. Christian Schulze
Prof. Dr. med. Gregor Warnecke
Dr. med. Michael Berchtold-Herz

Organ Procurement Committee (OPC)

KOSE Vorsitzender: Prof. Dr. med. Peter Schemmer
KOSE Stellvertreter: PD Dr. med. Joachim Andrassy
PD Dr. med. Karsten Wiebe (*Stellvertreter*)

Information Services Working Group (CSWG):

Dr. med. Miriam Opgenoorth
Kein Stellvertreter benannt

Tissue Typing Advisory Committee (TTAC)

Vorsitzender Immunologie: Dr. med. Teresa Kauke
Stellvertreter Immunologie: Dr. med. Nils Lachmann
Dr. med. Gunilla Einecke (*Stellvertreter*)

Ethics Committee (ETEC)

Vorsitzender Ethik: Prof. Dr. med. Richard Viebahn
Substitute: Dr. med. Gertrud Greif-Higer

Financial Committee (FC)

Schatzmeister: PD Dr. med. Helmut P. Arbogast
Kein substitute benannt

Bundesärztekammer StäKO

Mitglieder:
Präsident: Prof. Dr. med. Bernhard Banas, MBA
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Christian Hugo

AWMF

Delegierter: Prof. Dr. med. Wolf Bechstein
Prof. Dr. med. Andreas Schnitzbauer (*Stellvertreter*)
Leitlinienbeauftragter: Prof. Dr. med. Wolf Bechstein
Prof. Dr. med. Andreas Schnitzbauer (*Stellvertreter*)
Prof. Dr. med. Christian Hugo
Stellungnahmebeauftragter:
Scientific Committee: Prof. Dr. med. Björn Nashan
Prof. Dr. med. Christian Hugo
NVL Nierenerkrankung bei Diabetes: Prof. Dr. med. Klemens Budde
PD Dr. med. Peter Schenker (*Stellvertreter*)

DGVS

S2K-Leitlinie Prof. Dr. med. Markus Guba
Prof. Dr. med. Björn Nashan

IQTIG-Fachgruppen

Niere / Pankreas: Prof. Dr. med. Christian Hugo
Leber: Prof. Dr. med. Christian Strassburg
Herz / Lunge: PD Dr. med. Florian Wagner

EHRENMITGLIEDER

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)

1998	Prof. Dr. med. Hans-Werner Sollinger, Madison
2003	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Eduard H. Farthmann, Freiburg †
2002	Prof. Dr. med. Raimund Margreiter, Innsbruck
2004	Prof. Dr. med. Wilhelm Schoeppe, Frankfurt †
2006	Prof. Dr. jur. Dr. med. h.c. Hans-Ludwig Schreiber, Göttingen
2006	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Friedrich Wilhelm Eigler, Essen
2006	Prof. Dr. med. Kurt Wonigeit, Hannover
2008	Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
2012	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Bruno Reichart, München
2012	Prof. Dr. med. Arno Lison, Bremen
2013	Prof. Dr. med. Peter Neuhaus, Berlin

TRANSPLANTATIONSKODEX



TRANSPLANTATIONSKODEX

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)

Dieser Kodex enthält eine Zusammenfassung wichtiger medizinischer, ärztlicher, ethischer und juristischer Grundsätze für die Transplantation solider Organe auf der Basis des Transplantationsgesetzes, die für die Mitglieder der DTG verbindlich sind.

Die DTG unterstützt auch die Fortentwicklung der Gewebespende und -transplantation, auf diese wird hier jedoch nicht näher eingegangen.

VORBEMERKUNGEN

Für viele Erkrankungen stellt eine Organtransplantation eine – oft die einzige – lebensrettende bzw. die für eine Gesundheit bestmögliche Behandlung dar. Daraus erwächst dem Gemeinwesen im Allgemeinen und den Ärzten im Besonderen eine große Verantwortung, vor allem auch im Bereich der Organspende.

Die DTG als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Transplantationsmedizin in Deutschland betrachtet die Durchführung und Förderung der Organtransplantation als Verpflichtung. Um dieses gemeinsame Ziel bestmöglich zu erreichen, ist eine enge interdisziplinäre Abstimmung in allen bedeutsamen und für den Ablauf und die Effizienz der Behandlung wichtigen Fragen erforderlich. Die Mitglieder der DTG sind sich bewusst, dass die allgemeine Zustimmung zur Organtransplantation und Organspende wesentlich von der Art ihrer Durchführung, der Transparenz der Vorgänge und der sachgerechten Information der Öffentlichkeit abhängt. Auf diese Weise sollen zudem Fehler, Missbräuche und Verschleierung von Manipulationen vermieden werden. Die hier dargestellte Zusammenfassung von Grundsätzen, die bei der Organentnahme und Organtransplantation beachtet werden, soll diesem Ziel dienen.

1. ORGANENTNAHME BEIM VERSTORBENEN

Die Organentnahme bei einem Verstorbenen zum Zweck einer Transplantation ist grundsätzlich ethisch vertretbar. Der Tod des potenziellen Spenders ist die Voraussetzung für die Organentnahme. Der Hirntod des Spenders

muss nach dem aktuellen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaften festgestellt werden. Maßgeblich für die Umsetzung sind das Transplantationsgesetz und die Richtlinien der Bundesärztekammer. Vor Abschluss der Hirntoddiagnostik dürfen keine speziellen Maßnahmen erfolgen, die ausschließlich das Ziel einer Organentnahme oder -allokation haben. Für Einwilligung und Umfang der Entnahme innerer Organe bei festgestelltem Hirntod gelten die nachfolgenden Ziffern 2 und 3.

2. EINWILLIGUNG ZUR ORGANENTNAHME

Eine Organentnahme wird in Übereinstimmung mit dem geltenden Recht grundsätzlich nur bei Einwilligung des Verstorbenen oder seiner Angehörigen vorgenommen. Die Einwilligung des Verstorbenen kann durch einen Organspendeausweis, eine Patientenverfügung oder sonst schriftlich oder mündlich erklärt sein. Liegt eine solche Erklärung nicht vor, so können die jeweils nächsten Angehörigen oder eine vom Verstorbenen namentlich benannte Person eine Erklärung zur Organspende abgeben. Der dokumentierte Wille des Verstorbenen genießt oberste Priorität.

3. UMFANG DER ORGANENTNAHME

Die Einwilligung muss sich auf den vorgesehenen Umfang der Organentnahme erstrecken. Nur Organe, für die eine Einwilligung zur Entnahme vorliegt, werden entnommen. Ist erkennbar, dass Angehörige bereit sind, ihre Einwilligung unabhängig vom vorgesehenen Um-

fang der Organentnahme zu erteilen, so kann davon abgesehen werden, die Zustimmung für die Entnahme jedes einzelnen Organs einzuholen. Begleitende Maßnahmen, wie die Mitentnahme von Milz und Lymphknoten zur Histokompatibilitätstestung müssen nicht thematisiert werden. Bei der großen Bedeutung der Transplantation von Herz, Lungen und Leber als meist einziger lebensrettender Möglichkeit muss intensiv um Verständnis für Mehrorganentnahme in der Öffentlichkeit, bei den betreffenden Angehörigen des Verstorbenen und bei allen Ärzten sowie dem beteiligten Krankenpflegepersonal geworben werden.

4. ORGANENTNAHME

Die Organentnahme als eine für den Erfolg beim Empfänger besonders verantwortungsvolle Operation wird nach den Regeln der bestmöglichen Technik von darin erfahrenen Ärzten durchgeführt. Die Organentnahme erfolgt durch qualifizierte Ärzte, die von der Deutschen Stiftung Organtransplantation beauftragt werden. Auf organspezifische Richtlinien wird verwiesen. Den Angehörigen des Verstorbenen sollen Möglichkeiten für weitere Gespräche angeboten werden. Sie werden nicht über die Identität des Empfängers bzw. der Empfänger von Organen informiert.

5. WAHRUNG DER WÜRDE DES VERSTORBENEN

Die Würde des Verstorbenen ist bei allen Maßnahmen zur Organentnahme zu wahren. Der Leichnam ist achtungsvoll zu behandeln. Für die Wiederherstellung des Äußeren des Leichnams nach Organentnahme ist ein Arzt verantwortlich.

6. ORGANENTNAHMEN VON LEBENDEN

Das Transplantationsgesetz regelt die Übertragung von Organen lebender Spender. Die Möglichkeit einer Organspende von Lebenden ist weiterhin subsidiär. Gleichwohl sind sich die Mitglieder der DTG dessen bewusst, dass die demographische Entwicklung und der Mangel an post-

mortalen Organspenden zu einer Neubewertung dieser Einschätzung führen kann. Die Organspende von Lebenden befindet sich in einer dynamischen Entwicklung, neue Verfahren dürfen nur nach sorgfältiger Evaluation eingeführt werden. Die gesundheitlichen Risiken für den Spender bedürfen einer gründlichen und gewissenhaften Aufklärung. Die Sicherung der Freiwilligkeit der Zustimmung und der Ausschluss von Organhandel sind im Transplantationsgesetz geregelt. Die Mitglieder der DTG fühlen sich verpflichtet, die Nachsorge für Lebendspender im Transplantationszentrum zu gewährleisten. Sie fordern Zuweisung, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenversicherungen auf, bei der Sicherstellung dieser Verpflichtung mitzuwirken und weisen die Organspender auf die gesetzlichen Vorgaben hin.

7. KOMMERZIALISIERUNG DER ORGANSPENDE BZW. ORGANVERMITTLUNG

Die DTG unterstützt nachdrücklich die gesetzlichen Vorgaben und die Regelungen der „Declaration of Istanbul“ (www.declarationofistanbul.org).

8. ORGANAUSTAUSCH BZW. ORGANVERMITTLUNG

Organaustausch und Organvermittlung sind gesetzlich und durch die Richtlinien der Bundesärztekammer festgelegt. Die DTG betont die Notwendigkeit, sich strikt an diese Regelungen zu halten und lehnt Manipulationen der Angaben zur Warteliste ausnahmslos ab. Für die Erstellung von Richtlinien wird die Basis der wissenschaftlichen Evidenz gefordert, ebenso wie eine Überprüfung ihrer Anwendbarkeit für die Bedingungen in Deutschland. Das Ziel ist eine Organvermittlung mit einer gerechten Chancenverteilung für alle Patienten. Die Abwägung zwischen Dringlichkeit und Erfolgsaussicht bedarf der ständigen fachübergreifenden und gesellschaftlichen Diskussion. Die spezifische Beziehung zwischen Arzt und Patient muss in eine angemessene Relation zu formalen Allokationskriterien gesetzt werden. Hierzu gehört auch die Entscheidung, Patienten

nicht in ein Transplantationsprogramm aufzunehmen oder sie von der Warteliste zu entfernen. Die DTG begrüßt die Einrichtung von interdisziplinären Transplantationskonferenzen zur Diskussion, Konsentierung und Dokumentation dieser Entscheidungen.

9. BETREUUNG VON PATIENTEN NACH ORGANTRANSPLANTATIONEN

Die derzeit lebenslang erforderliche immunsuppressive Behandlung und die möglichen Früh- und Spät-komplikationen nach Organtransplantation erfordern eine genau abgestimmte, regelmäßige Kontrolle. Das Grundkonzept besteht in einer gemeinsamen fachübergreifenden Betreuung von Patienten durch die primär zuweisenden Ärzte und durch das Transplantationszentrum. Im Laufe der Zeit können sich Schwerpunkt und Frequenz der Nachuntersuchungen auf die Ärzte im niedergelassenen Bereich verschieben, bei Komplikationen und Folgeerkrankungen auf das zuständige Transplantationszentrum.

10. REGISTRIERUNG UND DOKUMENTATION

Die DTG begrüßt die gesetzlichen Regelungen und fordert alle Transplantationsmediziner auf, sich aktiv und vollständig an der Qualitätssicherung zu beteiligen. Weiterhin wird die Einrichtung eines nationalen Transplantationsregisters begrüßt und fachlich begleitet.

11. FINANZIERUNG

Durch die derzeitigen Finanzierungsregelungen ist sichergestellt, dass Kostengründe der Durchführung einer Transplantation nicht entgegenstehen. Die Mitglieder der DTG betrachten jedoch mit Sorge, dass die finanzielle Absicherung von Vorbereitung/Vorbehandlung und Nachbehandlung/Nachsorge nicht sichergestellt ist. Eine angemessene Vergütung der an der Transplantation beteiligten Personen ist Voraussetzung für einen den Standards entsprechenden Betrieb im Krankenhaus. Gleichwohl lehnen wir Anreizsysteme ab, die zur Fehlsteuerung des Transplantationswesens führen.

12. WEITERENTWICKLUNG DER ORGAN-TRANSPLANTATION

Die DTG begrüßt ausdrücklich die gesetzliche Regelung der Einführung von unabhängigen Transplantationsbeauftragten in Krankenhäusern und unterstützt deren Tätigkeit, Weiterbildung und Integration als eine notwendige Maßnahme zur Sicherung und Verbesserung der Organspenden. Die DTG engagiert sich in der Weiterbildung der an der Transplantationsmedizin beteiligten Ärzte durch Einführung eines fachübergreifenden Weiterbildungscurriculums und Sicherstellung der Umsetzung. Langfristiges Ziel ist die Einführung der Zusatzbezeichnung „Klinische Transplantationsmedizin“. Die DTG als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Transplantationsmedizin in Deutschland ist sich ihrer Verantwortung in Bezug auf Integrität in Wissenschaft

und Forschung bewusst. Dies betrifft insbesondere auch klinische Studien, deren Unterstützung aufgrund der zu erwartenden wissenschaftlichen Erkenntnisse immer wieder überprüft werden muss.

Die DTG ist sich der besonderen Verantwortung gegenüber Organspendern und -empfängern bewusst und setzt sich explizit für ethisch verantwortliches Handeln im oben beschriebenen Maße ein.

Prof. Dr. med. Richard Viebahn
Dr. med. Gertrud Greif-Higer

Bearbeitungsversion vom 22.07.2013 verfasst von:

- Prof. Dr. med. Bernhard Banas, Universitätsklinik Regensburg
- Dr. med. Gertrud Greif-Higer M.A., (Angewandte Ethik), Universitätsmedizin Mainz
- Dr. med. Michael Heise, Universitätsmedizin Mainz
- Prof. Dr. jur. Ruth Rissing-van Saan, Bundesärztekammer Berlin
- Frau Sonja Tietz, DGFG Hannover
- Dr. phil. Katharina Tigges-Limmer, Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen
- Dipl.-Biol. Hans-Martin Vaihinger, Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum
- Prof. Dr. med. Richard Viebahn, Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum



Prof. Dr. med. Jan Gummert | Bad Oeynhausen
Vorsitzender

Prof. Dr. med. Christian Schulze | Jena
PD Dr. med. Gregor Warnecke | Hannover
Stellvertreter

Dr. med. Uwe Schulz | Bad Oeynhausen
Schriftführer

Kardiales Hypoperfusionssyndrom mit Notwendigkeit der Inotropikagabe:

1. Klinik:

Symptome und klinische Zeichen der terminalen Herzinsuffizienz (NYHA III/NYHA IV, AHA/ACC Stadium D).

2. Häodynamik:

- Herzindex (Cardiac Index, CI) unter $2,0\text{ l/min/m}^2$ und
- gemischt-venöse Sättigung (SVO₂) unter 55% und
- pulmonalkapillärer Wedge-Druck (PCWP) $> 15\text{ mmHg}$.

3. Zeichen der Endorganschäden:

Über die Normwerte (Referenzbereich des Kliniklabors) erhöhtes Laktat, Kreatinin (bei Ausschluss einer Nierenerkrankung) und/oder Bilirubin, und/oder Serum-Natrium $< 136\text{ mmol/l}$.

Inotropikaabhängigkeit:

Eine Abhängigkeit von Inotropika liegt vor, wenn unter einer kontinuierlichen Inotropikatherapie mit einer Dauer von mindestens 72 Stunden

1. der CI unter $2,0\text{ l/min/m}^2$ verbleibt; oder
2. der CI in einem Reduktionsversuch von über $2,0\text{ l/min/m}^2$ auf unter $2,0\text{ l/min/m}^2$ abfällt.

Ist eine Inotropikagabe erforderlich, so gelten die Dosierempfehlungen der Leitlinie für akute und chronische Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology, ESC, 2016 Guideline on „Acute and Chronic Heart Failure“) für die initiale Inotropikatherapie und die Erhaltungstherapie (Dobutamin $2\text{--}20\mu\text{g/kg/min}$ oder Milrinon $0,375\text{--}0,75\mu\text{g/kg/min}$ als Einzel- oder auch Kombinationstherapie). Eine alleinige Therapie mit Levosimendan ist grundsätzlich nicht ausreichend und wäre im Einzelfall näher zu begründen.

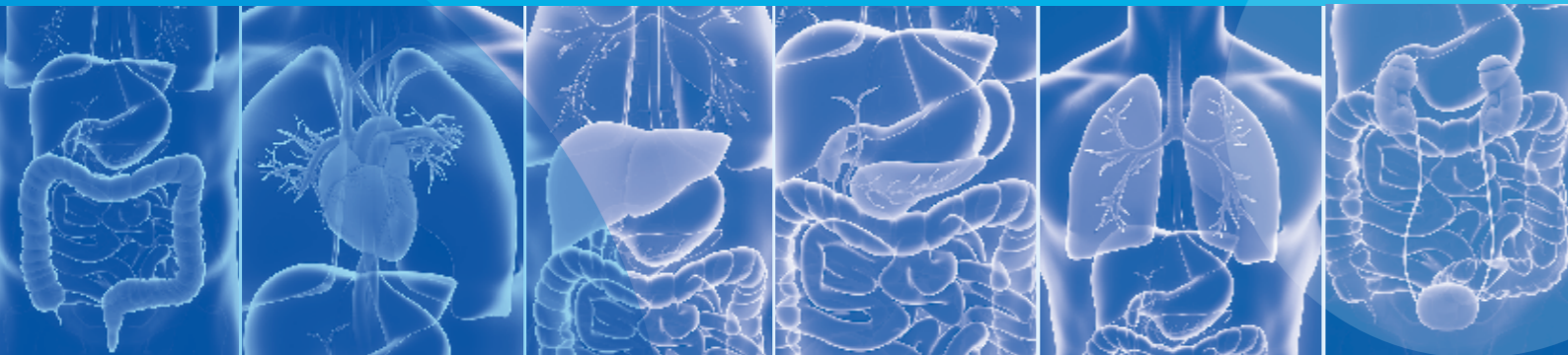
Eine erneute Rechtsherzkatheter-Untersuchung zur Dokumentation der HU Kriterien muss zunächst nach 4 Wochen

Folgende Themen wurden schwerpunktmäßig bearbeitet:

1. AKTUALISIERUNG DER RICHTLINIE GEM. § 16 ABS. 1 S. 1 NRN. 2 U. 5 TPG FÜR DIE WARTELISTENFÜHRUNG UND ORGANVERMITTLUNG ZUR HERZ- UND HERZ-LUNGEN-TRANSPLANTATION – NEUFASSUNG DER HU DEFINITION BEI INOTROPIKATHERAPIE

Auf Grund von Mängeln bei den für die CAS – Entwicklung zu Grunde liegenden Daten wird es zu einer deutlichen Verzögerung bei der Entwicklung kommen. Daher wurde der Entschluss gefasst, zunächst keine komplette Neuschreibung, sondern eine Überarbeitung der Richtlinie anzustreben.

Nach intensiver Diskussion in der Kommission erarbeitete eine Arbeitsgruppe der Kommission unter Führung von P. Raake (Gummert, Luedde, Raake, Schulze, Schulz) einen Vorschlag für die Aktualisierung der HU Definition bei Inotropikatherapie, die dann von der Fachgruppe Herz der BÄK weiterentwickelt wurde. Kernstück ist die präzise Definition des Hypoperfusionssyndroms und die Forderung einer Überprüfung des Vorliegens einer Inotropikaabhängigkeit mit Hilfe eines Rechtsherzkatheters.



und dann alle 8 Wochen erfolgen. Sollte der Patient weiterhin nach o. g. Definition von Inotropika abhängig bleiben, erfolgt die Fortführung der HU Listung unter fortlaufender Inotropikatherapie.

Inzwischen ist die erste Lesung erfolgreich bei der Sitzung der Stäko vom 13.9. 2017 erfolgt. In der Lesung gab es nur wenige Veränderungsvorschläge.

2. EARLY VAD STUDIE

Die Early VAD Studie war wichtiges Thema bei allen Kommissionssitzungen. In dieser randomisierten Multicenter-Studie sollen der frühzeitige Einsatz eines VAD – Systems mit der Transplantation verglichen werden. Die Studie wird von allen TX – Zentren unterstützt, der Einschluss ist erwartungsgemäß nicht einfach. Bei steigenden Einschlusszahlen wurde die Studiendauer verlängert.

3. TRANSPLANTATIONSREGISTER

Die Datenfelder für das Transplantationsregister wurden ausführlich diskutiert und Ergänzungen vorgeschlagen. Die Aufklärung der Patienten sollte möglichst mit einem einheitlichen Formular durchgeführt werden, hier besteht noch Abstimmungsbedarf zwischen den Zentren.

4. QUALIFIKATION DER ENTNAHMECHIRURGEN FÜR THORAKALE ORGANE

Lebhafte Diskussionen löste die angekündigte Aktualisierung der Empfängerschutzrichtlinie aus, die u.a. die Qualifikation der Entnahmekirurgen regelt. Vielen Zentren war nicht bewusst, dass die aktuelle Richtlinie bereits einen Facharztstatus (auch wenn die Organentnahme nicht z.B. für den Facharzt Herzchirurgie gefordert wird) der entnehmenden Chirurgen mit einer Übergangsregelung fordert. Die Entnahmepraxis bei den thorakalen Organen unterscheidet sich in einigen Punkten von der Praxis der abdominalen Organe. Die Zentren entnehmen die Organe

in fast allen Fällen selbst, so dass hier ein erhöhter Personalbedarf besteht. Es ist z.B. im Entwurf nicht geregelt, welcher Facharzt die Entnahme einer Lunge durchführen darf. Argumente der Kommission gegen eine Festschreibung des Facharztstandards waren

- Im Facharzkatalog Herzchirurgie ist die Explantation nicht erwähnt.
- Im Facharzkatalog Thoraxchirurgie ist die Explantation nicht erwähnt.
- In der Praxis entnehmen sowohl Herzchirurgen, Lungen- als auch Thoraxchirurgen Herzen.
- Der Facharztstatus sagt nichts über die Qualifikation in puncto Organentnahme aus.
- Im Gegensatz zu den anderen Organen gibt es im Bereich der thorakalen Organe keine Fremdentnahme.
- Entscheidend ist die Expertise für die Entnahme, die ja nachgewiesen werden muss.
- Bei Herz und Lunge könnten einzelne Kliniken vor unlösbare organisatorische Aufgaben gestellt werden. Denn: Der entnehmende Arzt kann in der Regel nicht gleichzeitig das Organ entnehmen und anschließend transplantieren. Es ist für einige Kliniken unrealistisch, dass zwei Fachärzte mit der nötigen Expertise für Transplantation und Organentnahme gleichzeitig zur Verfügung stehen, vor allem wenn 2 Transplantationen gleichzeitig durchgeführt werden sollen.

Die Kommission verfolgt aufmerksam die Entwicklung der Aktualisierung der Empfängerrichtlinie.

Prof. Dr. med. Jan Gummert



Prof. Dr. med. Bernhard Krämer | Mannheim
Vorsitzender

Prof. Dr. med. Klemens Budde | Berlin
Prof. Dr. med. Przemyslaw Pisarski | Freiburg
Stellvertreter

Prof. Dr. med. Ingeborg Hauser | Frankfurt
Schriftführerin

Mitglieder der Kommission Niere sind in wesentlichen Gremien der Transplantationsmedizin wie dem ETKAC (Eurotransplant Kidney Advisory Committee) und der AG RiLi Niere der BÄK (Arbeitsgemeinschaft Richtlinie Niere der Bundesärztekammer) an der Weiterentwicklung der Richtlinien in der Nierentransplantation auf deutscher und europäischer Ebene beteiligt. Aktuell wird an Regelungen gearbeitet, die u.a. einen über ein Jahr prozentual gestaffelten Erhalt der Wartezeit bei Transplantatverlust im ersten Jahr nach Transplantation (100% bei Transplantatverlust im ersten Quartal, 75% bei Transplantatverlust im zweiten Quartal, etc.), eine Sonderregelung für Lebendnierenspender, die selbst dialysepflichtig werden, den Erhalt der Wartezeit für Lebendnierentransplantatempfänger sowie eine weitreichende Blutgruppenidentität beinhalten.

Unter der Federführung von Prof. Uwe Heemann hat das ETKAC ein neues Konzept der Organallokation erarbeitet, das ein komplettes HLA-DR-Match anstrebt und Spender- und Empfängerkriterien/-kategorien stärker als bisher berücksichtigt. Leider haben sich die Simulationen (Modellrechnungen) des neuen Allokationskonzeptes bei Eurotransplant als wesentlich langwieriger und komplizierter als vorgesehen erwiesen, weshalb ein beabsichtigtes Treffen mit allen Nierentransplantationsprogrammen zur intensiven Diskussion der zugrundeliegenden Konzepte nicht mehr vor der Jahrestagung der DTG in Bonn möglich war.

Prof. Dr. med. Bernhard Krämer

JAHRESBERICHT 2016/2017

der Kommission Leber / Darm



Prof. Dr. med. Christian Strassburg | Bonn
Vorsitzender

Prof. Dr. med. Markus Guba | München
Stellvertreter

Prof. Dr. med. Andreas Pascher | Berlin
Beisitzer Darm

PD Dr. med. Andreas Umgelter | München
Schriftführer

Seit der letzten Kommissionssitzung am 5.10.2016 in Essen ist die Arbeit zur Revision der Richtlinien zur Lebertransplantation erfolgreich weiter fortgesetzt worden. Traditionell findet jährlich eine 2. Kommissionssitzung am Rande des Wilsede-Workshops statt, der in diesem Jahr Anfang Juli abgehalten wurde. Nur mit 2 Treffen ist es möglich, die Fülle an Aufgaben und die Richtlinienarbeit mit der gebotenen Diskussion der wissenschaftlichen Grundlagen für Richtlinien und der Erfahrungen in den Zentren zu diskutieren und Lösungsansätze zu konsentieren.

Auf der Jahrestagung 2016 wurde das Transplantationsregister diskutiert und die aktualisierten Richtlinien zur Allokation beim hepatozellulären Karzinom (HCC) besprochen. Der Plan für 2016/17 umfasste die Revisionen zur pädiatrischen Allokation beim Hepatoblastom, der Gallengangsatresie, der primären Hyperoxalurie und der Transplantation bei ABO-Inkompatibilität bei sehr jungen Empfängern. Die Lesungen erfolgten hierzu im November 2016 und die Richtlinienänderungen sind inzwischen nach Genehmigung durch den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Kraft getreten.

Ein weiteres Projekt war die Etablierung einer neuen und bislang nicht etablierten SE für die Transplantation bei neuroendokrinen Tumoren (NET). Dieses war bereits 2016 Inhalt eines ausführlichen Diskussionsprozesses der Kommission in Wilsede, bei dem die inhaltlichen und wissenschaftlich begründeten Eckpunk-

te einer SE-Definition erarbeitet wurden. Der Entwurf der Kommission wurde in der AG RiLi BÄK Leber ausführlich diskutiert und ist nach 2 Lesungen und Genehmigungen durch BÄK-Vorstand und BMG nach der Publikation im Ärzteblatt inzwischen in Kraft getreten sowie durch Eurotransplant verfahrenstechnisch umgesetzt.

Aktuelle Richtlinienänderungen umfassen die Histokompatibilität für die Lebertransplantation, die Zusammensetzung der Transplantationskonferenz und die Neuabfassung der SE für die primär sklerosierende Cholangitis (PSC) und biliäre Sepsis. Hierzu wurde das diesjährige unterjährige Treffen in Wilsede genutzt, um die inhaltlichen Positionen vor dem Hintergrund der spezifischen Dynamik dieser Erkrankung und der Auswirkungen auf die Allokation in der Kategorie der Standard-Exceptions zu erarbeiten. Dies wurde in der AG RiLi BÄK Leber fortgesetzt, wobei externe Sachverständige eingeladen wurden. Aktuell wird ein Entwurf für einen Richtlinienentwurf erstellt.

Ein Teil der Arbeit der Kommission und AG Leber ist die Bewertung der Arbeitsgruppenkonsile, die in Fragen strittiger oder unklarer Allokationsfälle eingesetzt werden und die einen Hinweis auf Probleme oder Fragen in der gelebten Praxis der Lebertransplantation ermöglichen. Dieses sind inzwischen über 100 Konsile, die auch in den Kommissionssitzungen inhaltlich diskutiert werden. Basierend auf diesen Konsilen und deren Diskussion sowie Auswertung ergab sich eine Reihe von sinnvollen Richtlinienrevisionen. Dazu zählt die Möglichkeit von NSE-Anträgen bei Nichterfüllen von SE-Kriterien, die Revision der SE für die Harnstoffzyklusdefekte, die Bewertung von neuen Verfahren der Leberunterstützung (speziell das Advanced Liver Support System) in Hinblick auf den Allokations-MELD, die aktuell im Lesungsverfahren sind.

Zusätzlich wurden die Vorschläge und Entwürfe der Kommission und AG Leber im Rahmen von Treffen beim ELIAC diskutiert und vorgestellt.

Eine komplette Richtlinie für die Dünndarmtransplantation ist inzwischen weit fortgeschritten.

Die Revisionen der Kommission der letzten 2 Jahre und die künftige Planung umfasst:

RILI-PROJEKT	STATUS
1. SE HCC-Revision	abgeschlossen
2. INR und Antikoagulantien	abgeschlossen
3. Primäre Hyperoxalurie	abgeschlossen
4. Laborwerte und MARS-Therapie	abgeschlossen
5. Hepatoblastom	abgeschlossen
6. Biliäre Atresie, primäre Hyperoxalurie	abgeschlossen
7. Pädiatrische ABO-inkompatible LT	abgeschlossen
8. Etablierung einer SE für NET	abgeschlossen
9. Revision Histokomp., Dialyse, NSE, Tx-Konferenz	2. Lesung 09/2017
10. Revision Harnstoffzyklusdefekte,	1. Lesung 09/2017
11. Revision KALT	in Überarbeitung AG Niere
12. SE PSC/Cholangitis-	Überarbeitung, Texte werden erstellt
13. SE Zystenerkrankung-	Planung
14. Cholangiokarzinom SE/Definition der LT	Planung
15. HU-Kriterien-Überarbeitung	Planung
16. MELD-Progression HCC	Planung
17. Therapie beim HRS/Dekompensation und MELD	Planung

Die Kommission Leber / Darm hat im vergangenen Jahr in intensiver Zusammenarbeit mit der AG RiLi BÄK Leber einen enormen Fortschritt auf dem Wege der vollständigen Überarbeitung der Richtlinien gemacht.

Dem unermüdlichen Einsatz von angefragten Sachverständigen, Kommissionsmitgliedern und AG-Mitgliedern sei gedankt für diese wichtige Arbeit zur Gestaltung und Verbesserung der Leberallokation und deren Abläufen.

Prof. Dr. med. Christian P. Strassburg

JAHRESBERICHT 2016/2017

der Organkommission Pankreas



PD Dr. med. Peter Schenker | Bochum
Vorsitzender

PD Dr. med. Andreas Kahl | Berlin
PD Dr. med. Frank Lehner | Hannover
Stellvertreter

PD Dr. med. Barbara Ludwig | Dresden
Schriftführerin

Im nachfolgenden Bericht informiert die OK Pankreas über folgende Aktivitäten/ Tätigkeiten:

- Telefonkonferenz der OK Pankreas am 31. August 2017
- IPITA/EPITA Opinion Leaders Workshop in Igls, 27. - 28. Januar 2017
- 9. Starnberger Workshop Pankreastransplantation in Niederpöcking, 15. - 16. Juni 2017

1. TELEFONKONFERENZ

Am 31.08.2017 erfolgte eine Telefonkonferenz der OK (Organkommission) Pankreas, bei der alle Mitglieder der Kommission teilnahmen. Tagesordnungspunkte waren die inhaltliche Gestaltung der Kommissionssitzung im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung in Bonn und die Kandidatur zur Wahl. Neben aktuellen Daten zur Pankreastransplantation in Deutschland und dem Bericht von ET und EPAC soll der Vorschlag für eine neue Klassifikation zur Funktion des Betazellersatzes (Igls-classification s.u.) in Bonn diskutiert werden. Hinsichtlich der anstehenden Wahl kamen die Mitglieder einstimmig zu dem Beschluss, dass eine Weiterarbeit in der aktuell bestehenden Konstellation angestrebt werden sollte. Dem Sekretariat der DTG wurde die erneute Kandidatur am 4.9.2017 mitgeteilt. Weitere Tagesordnungspunkte waren die Anerkennung des „NT-Status“ (aus medizinischen Gründen) als Wartezeit sowie die mögliche Benennung/Wahl zwei weiterer EPAC-Vertreter (substitutes). Die Kommission hält eine Benennung weiterer EPAC-substitutes zum jetzigen Zeitpunkt für nicht erforderlich. Es soll jedoch im Rahmen der Jahrestagung darüber abgestimmt werden. B. Ludwig informiert abschließend über die Entwicklungen zum Thema Inseltransplantation und zum IPITA Workshop in Igls:

Inseltransplantation:

Um in Deutschland das Verfahren der Inseltransplantation zu re-etablieren, wurde aufgrund der Deutschland-spezifischen Änderungen der regulatorischen Bedingungen eine Neuausrichtung der logistischen und Prozessabläufe notwendig. Einen Kernpunkt stellt dabei die Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) dar, da aufgrund der Definition der Pankreasinseln als Gewebe sowohl Eurotransplant als auch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) nicht mehr in Vermittlungs-, Entnahme- und Transportprozesse eingebunden werden können.

Das neu etablierte Konzept soll es ermöglichen, Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 die klinisch verfügbaren Optionen der Betazell-Ersatztherapie (Pankreas- UND Inseltransplantation) in Deutschland wieder anbieten zu können und eine Versorgungsäquivalenz in Europa voranzutreiben. Weiterhin soll dadurch eine möglichst effiziente Nutzung des ohnehin knappen Spenderpools aus der stagnierenden Organspende resultieren.

Voraussetzungen:

Wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes ist die Kommunikation mit allen beteiligten Disziplinen und Institutionen, die Transparenz

des Verfahrens und die regelmäßige Evaluation und ggf. Anpassung der Abläufe.

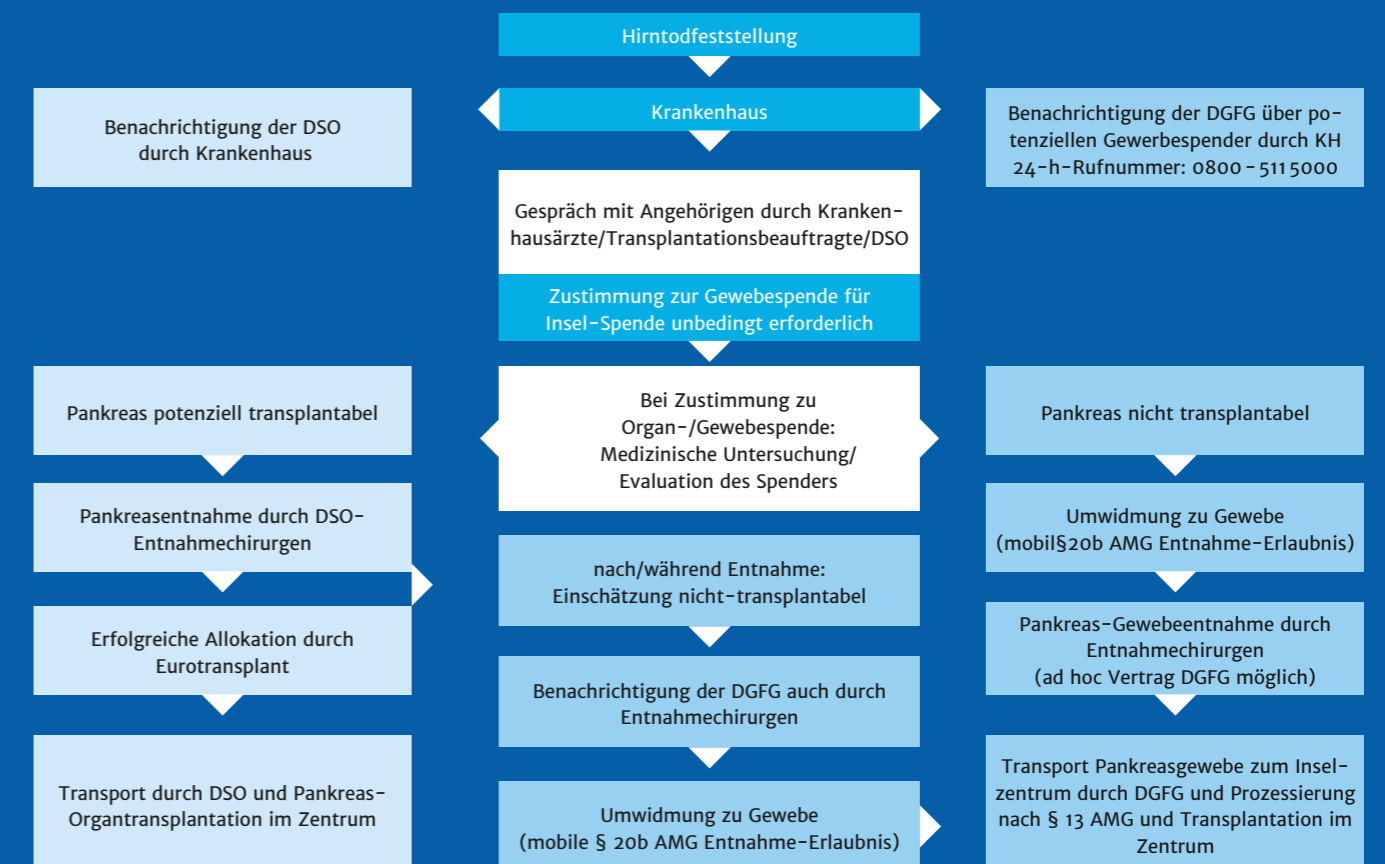
Entscheidend für die Realisierung der Inselspende und -transplantation sind folgende Aspekte:

- Information der Beteiligten über die medizinischen Hintergründe der Inseltransplantation und die regulatorische/juristische Einordnung der Pankreasinseln als Gewebe
- Einzigige Aufklärung der Angehörigen über Organ- und Gewebespende; ggf. separate Zustimmung für Verwendung von Pankreasinseln bei nicht transplantablem Pankreasorgan

- Frühzeitige Benachrichtigung der DGFG durch das Spenderkrankenhaus oder die Entnahmekirurgen
- 24-Stunden Ansprechpartner im Bereich DGFG und Insel-Zentrum
- Im Sinne des Transplantationsgesetzes (TPG § 1a) handelt es sich beim Pankreas um ein vermittlungspflichtiges Organ. Hier gilt der Grundsatz »Organvor Gewebespende« (TPG § 9). Kann das Pankreas nicht als solides Organ transplantiert werden, findet zur Gewinnung und Transplantation der Inselzellen eine Umwidmung zum Gewebe statt. Für die Spende der Inselzellen bedarf es der Einwilligung in die Gewebespende.

Ablauf der Inselspende

Folgendes Fließschema stellt die Möglichkeiten der Verwendung von Pankreasgewebe zur Inseltransplantation und die technischen Abläufe dar.



Die Akzeptanzkriterien für Pankreasinseln sind grundsätzlich sehr weit gefasst:

Spenderalter: 16 bis 60
 Body-Mass-Index: 20 bis 40
 Kalte Ischämiezeit: < 20 Stunden

Im Rahmen des neu-etablierten Konzeptes konnten bislang drei Pankreasorgane akzeptiert und die logistischen Abläufe erprobt werden. Eine Transplantation wurde bisher noch nicht realisiert. Das häufigste Hindernis für eine Realisation der Inseltransplantation stellt das Fehlen der Einwilligung für eine Gewebespende dar. Dieser Aspekt muss dringend in den anstehenden Diskussionen bearbeitet werden.

Als Ziele des Workshops wurden folgende Punkte definiert:

- Develop consensus for an IPITA/EPITA Statement on the definition of complete function, partial function, and failure of current and future forms of β -cell replacement therapies
- Review the metabolic and immunologic outcome measures used to select patients for and assess the efficacy of β -cell replacement therapies in the treatment of diabetes
- Ensure consistency of definitions for glycemic control metrics with the field of artificial insulin delivery/artificial pancreas device development
- Build network of collaborators to foster scientific synergy in the clinical investigation of various β -cell replacement and artificial insulin delivery approaches to diabetes

2. BERICHT ÜBER DEN IPITA/EPITA OPINION LEADERS WORKSHOP IN IGLS, JANUAR 2017

Am 27./ 28.01.2017 fand in IGLs/Innsbruck der erste IPITA/EPITA Opinion Leaders Workshop zum Thema "Defining Outcomes for β -Cell Replacement Therapy in the Treatment of Diabetes" statt. Die Teilnahme stand allen interessierten Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern der Gesellschaften offen.

Organisiert wurde dieser Workshop von den jeweiligen Vorstandsmitgliedern der Gesellschaften und dem Organisationskomitee, bestehend aus Eelco de Koning (Niederlande), Lorenzo Piemonti (Italien), Hans Pratschke (Deutschland), Peter Stock (USA) und Michael Rickels (USA).

Hintergrund

International existieren bislang keine einheitlichen Standards zur Definition der Ergebnisse der Pankreas- und Inseltransplantation und kein Konsens über valide Methoden zur Beurteilung des Transplantationserfolgs. Dadurch bedingt existiert bislang keine konsistente und überzeugende Datenlage zum Outcome dieser Transplantationsformen als entscheidende Grundlage für die Diskussion von Indikationen für aktuelle und zukünftige Therapieoptionen für Patienten mit Diabetes mellitus.

Ablauf und Inhalte der Workshop-Diskussion:

Entsprechend der definierten Ziele des Workshops wurden folgende Punkte in Form von Präsentationen und offenen Plenardiskussionen bearbeitet.

Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops

Am Ende des intensiven und hocheffizienten Workshops stand der Entwurf des sog. „IglS-Score“ zur Definition der Betazell-Funktion nach Pankreas- oder Inseltransplantation:

IglS classification of β -cell graft function

Functional status	HbA1c (%)	Severe Events	Hypo.	Insulin (U/kg/d)	req.	C-peptide	Success
Optimal	≤ 6.5	None		No		> Baseline	Yes
Good	< 7.0	None		< 50% Baseline ◆◆◆		> Baseline	Yes
Marginal	≥ 7.0	< Baseline ◆		$\geq 50\%$ Baseline		> Baseline	No ◆◆◆◆◆
Failure	Baseline	Baseline ◆◆		Baseline		Baseline ◆◆◆	No

Die Ergebnisse des Workshops und der nachfolgenden Diskussionen wurden im Rahmen der IPITA Tagung in Oxford im Juni 2017 präsentiert. Aktuell wird ein Manuskript zur Publikation in einem internationalen Transplantationsjournal erarbeitet. Von DTG-Seite ist PD Dr. B. Ludwig als Mitautorin involviert.

- ◆ If SH was present before β -cell therapy, then continued benefit may require assessment of exposure to serious hypoglycemia (<3mmol/l), hypoglycemia awareness, and glycemic variability/lability.
- ◆◆ If SH was not present before β -cell therapy, then return to baseline measures used as indication for treatment.
- ◆◆◆ Might include non-insulin anti-hyperglycemic agents.
- ◆◆◆◆ Is not reliable in uremic patients with evidence of C-peptide production prior to β -cell therapy.
- ◆◆◆◆◆ Clinically, may still decide benefits of maintaining and monitoring β -cell graft outweigh risks.

SESSION 1: INDICATIONS FOR AND APPROACHES TO β -CELL REPLACEMENT THERAPY

Patient candidates and available forms of β -cell replacement vary. The goal of this session is to define those patient characteristics that directly influence the availability of β -cell grafts and measures of glycemic control and graft function, and so lay the framework for how definitions of successful outcomes may be tailored by indication.

SESSION 2: OUTCOME MEASURES OF GLUCOSE HOMEOSTASIS

Regulation of glucose homeostasis involves the maintenance and return of glucose excursions to a non-diabetic range of glycemia. Various measures of glycemic control capture average glycemia, glycemic variability, and exposure to hyper- and hypoglycemia, as well as hypoglycemia awareness and severity. The goal of this session is to define successful outcomes for glycemic control, and align definitions with those used in the field of artificial insulin delivery/artificial pancreas development.

SESSION 3: OUTCOMES MEASURES OF β -CELL GRAFT FUNCTION AND DEMAND

Measures of β -cell graft function may vary by the stimulus for secretion, differences in metabolic clearance, demands for secretion imposed by differences in insulin sensitivity or the use of insulin, as well as any possible residual native β -cell function. The goal of this session is to define a meaningful reduction in insulin requirements attributable to β -cell graft function, necessary confirmatory testing, and relationship to standardized measures of glucose tolerance, and differences between type 1 and type 2 diabetic recipients.

SESSION 4: OUTCOME MEASURES OF IMMUNOLOGIC MECHANISMS

Differentiating immunologic from metabolic mechanisms for β -cell graft dysfunction and/or failure is paramount to understanding the outcomes and implications of functional β -cell graft monitoring. The goal of this session is to define useful assays of allo- and autoimmune reactivity and when they should be employed to compliment the metabolic evaluation of β -cell replacement therapies.

3. STARNBERGER WORKSHOP PANKREAS-TRANSPLANTATION

Vom 15.-16. Juni 2017 fand in Niederpöcking der 9. Starnberger Workshop Pankreastransplantation statt. Die Organisation und Leitung dieser zertifizierten Veranstaltung der Deutschen Akademie für Transplantationsmedizin erfolgte durch Herrn PD Dr. Helmut Arbogast. Der Workshop wurde durch Vorträge aller vier Mitglieder der Organkommission Pankreas unterstützt. Es wurden Übersichtsvorträge zur Pankreasentnahme, Pankreas- und Inseltransplantation sowie dem prä-, peri- und postoperativen Management nach Pankreastransplantation abgehalten. Neben State-of-the-Art-Vorträgen war dieser Workshop durch eine Vielzahl von interessanten Diskussionen zum Thema Organentnahme, Organqualität und Anforderungen an Entnahmekirurgen geprägt. Hervorzuheben ist der internationale Referentenpool mit Vorträgen von Hans Sollinger (USA), Pablo Uva (Argentinien), de Koning und Engels (Niederlande). Ein Erfahrungsaustausch zwischen jüngeren Kollegen und Pionieren der Pankreastransplantation, wie z.B. W. Land, H. Sollinger und R. Landgraf rundete die insgesamt sehr gelungene Fortbildungsveranstaltung ab.

4. BERICHT VOM EPAC

Am 11. April 2017 fand eine Telefonkonferenz des EPAC statt. Seitens der OK Pankreas nahmen PD Dr. med. A. Kahl, PD Dr. med. B. Ludwig und PD Dr. med. P. Schenker teil.

Folgende Tagesordnungspunkte wurden diskutiert:

- Richtlinienarbeit Deutschland. Der Zeitplan zur Bearbeitung der Richtlinie „Pankreas“ wurde von Schenker erläutert. Alle ET-Recommendations bis einschließlich 2015 wurden berücksichtigt.
- Revision R-PAC 02.16 Anhebung des Donoralters einheitlich bis 60 Jahre
- Bericht der Vertreter aus den Niederlanden, Deutschland, Österreich und Belgien. Allen Berichten gemeinsam ist die abnehmende Zahl an Pankreastransplantationen und immer weniger zur Verfügung stehende Pankreasspender. In den Niederlanden besteht ein Trend zur Verwendung von mehr DCD-Spendern.
- Bericht vom IPITA Opinion Leaders Workshop durch B. Ludwig. Kernpunkte waren die Erarbeitung einer neuen Klassifikation zur β -Zell-Funktion, zukünftige Entwicklungen bei der Xenotransplantation sowie Entwicklungen beim kontinuierlichen Glukosemonitoring.
- NT-Status: Bereits während der letzten EPAC-Sitzung wurde kritisiert (Kahl), dass aktuell lediglich 30 Tage im Status „NT“ als Wartezeit anerkannt werden. Für Patienten, welche aus medizinischen Gründen, z.B. nach Koronarstenting oder stattgehabter Tumorerkrankung „NT“ gemeldet werden müssen, scheint dies unfair. Problem ist, dass Patienten aus unterschiedlichsten Gründen „NT“ gemeldet sind, auch aufgrund noch ausstehender Befunde oder Untersuchungen (C-Peptid, Auto-Antikörper, EPAC-Audit etc.), ohne diese keine „T“-Meldung erfolgen kann. Um die Wartezeit im „NT-Status“ aus medizinischen Gründen zukünftig anerkennen zu können, soll eine ET-recommendation erarbeitet werden. Diese sieht vor, dass Patienten, welche noch nicht „T“ gemeldet werden können, da sie die Kriterien noch nicht erfüllen, in eine „pre-waiting-list“ aufgenommen werden, ohne dabei Wartezeitpunkte zu generieren. Die Zeit im

„NT-Status“ aus medizinischen Gründen wird dann den Patienten in der Warteliste ohne Einschränkung anerkannt.

Um zu lange „NT“-Phasen aus medizinischen Gründen zu vermeiden, wird der „NT-Status“ aktiv von ET alle zwei Monate nachgefragt und muss von den Zentren bestätigt werden.

- Eurotransplant Jubiläums-Kongress: Die EPAC Mitglieder beraten über Themenvorschläge für die Pankreassitzung im Rahmen des diesjährigen Eurotransplant Jubiläumskongresses. Man einigt sich auf eine Pro- und Kontra-Debatte „Pankreas- vs. Inseltransplantation“. Als Referenten sollen Prof. Sollinger und Prof. Keymeulen angefragt werden.
- Unter dem Punkt „Verschiedenes“ wird festgehalten, dass EPAC-Audits mit „split-decision“ in der jeweils darauffolgenden EPAC-Sitzung nochmals diskutiert werden sollen.
- Für alle EPAC-Mitglieder können Vertreter benannt werden. Für die drei EPAC-Mitglieder Kahl, Ludwig und Schenker ist bisher nur ein Vertreter bestimmt worden (Lehner). Zwei weitere deutsche Vertreter können noch ernannt werden.
- Für noch eventuell bestehenden freien Raum in einem Jubiläumsbuch zur Ehrung von „Pionieren der Pankreastransplantation“ werden die Mitglieder um Vorschläge gebeten. Es werden Squifflet, Pichlmayr und Margreiter genannt.

PD Dr. med. Peter Schenker

JAHRESBERICHT 2016/2017

der Kommission Psychologie / Psychosomatik



Prof. Dr. phil. Hans-Werner Künsebeck | Hannover
Vorsitzender

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych.
Christina Papachristou, MPH | Berlin
Stellvertreterin

Dr. phil. Sylvia Kröncke | Hamburg
Schriftführerin

den psychosozialen Kriterien für die Empfängerevaluation sind insbesondere die Einwilligungsfähigkeit, der Grad der Informiertheit und Aufklärung des Spenders sowie eine mögliche unrealistische Erwartungshaltung zu eruieren. Außerdem wurde bei diesem Treffen die Notwendigkeit der Erstellung einer S3-Leitlinie zur psychosozialen Evaluation und Behandlung von Transplantationspatienten erörtert. Ein solches Projekt wurde als lohnenswert eingeschätzt, jedoch wird es wegen seines Umfangs nicht ohne eine entsprechende Drittmittel-Finanzierung realisiert werden können.

Darüber hinaus wurde von einigen Kommissionsmitgliedern eine Publikation über „psychologisch bzw. psychosomatisch relevante Aspekte in den Richtlinien zur Transplantationsmedizin“ für die Zeitschrift „PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie“ verfasst.

Prof. Dr. phil. Hans-Werner Künsebeck

Schwerpunkt der Arbeit unserer Kommission war die abschließende Konsentierung unseres Entwurfs zu einer Richtlinie zur psychosozialen Evaluation von potenziellen Transplantatempfängern. Folgende Eckpunkte wurden festgelegt:

- Qualifikation der Untersucher
- Mindestanforderungen an die durchzuführende Evaluation
- Ziele der Evaluation und Definition kritischer Ergebnisse

Auf dieser Basis wurde von unserer Kommission eine detaillierte Stellungnahme zu den Richtlinien Leber, Lunge und allgemeiner Teil erarbeitet und im Rahmen der Beteiligung der Fachöffentlichkeit im Dezember 2016 an die StäKO geschickt.

Bei einem Treffen im Rahmen der AG Transplantationsmedizin des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) im März 2017 in Berlin stand das standardisierte Ratingverfahren „Transplant Evaluation Rating Scale“ (TERS) im Zentrum. Das Verfahren wurde detailliert vorgestellt und anhand von Fallbeispielen wurden die Ratings erprobt und diskutiert. Dieses Fremdratingverfahren wird zurzeit von der Kommission zur standardisierten Zusammenfassung der Ergebnisse der psychosozialen Evaluation empfohlen.

Des Weiteren wurde über den Stand der Richtlinie zur Lebendorganspende, insbesondere im Hinblick auf die psychosozialen Aspekte, berichtet. Dabei wurde betont, dass jeweils getrennte Einzelgespräche mit Spender und Empfänger durchgeführt werden müssen. Zusätzlich zu

JAHRESBERICHT 2016/2017

der Kommission Organentnahme (KfO)



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Schemmer | Graz
Vorsitzender

Prof. Dr. med. Joachim Andrassy | München
Stellvertreter

PD. Dr. med. Karsten Wiebe | Münster
Schriftführer

Die KfO der DTG gliedert sich derzeit in die Arbeitsgruppen „AG Interessenvertretung der organentnehmenden Chirurgen“ und „AG Konservierung und Ischämie“. Weitere Arbeitsschwerpunkte der Kommission sind in enger Zusammenarbeit mit der DSO eine Optimierung der Qualitätsstandards für die Organentnahme sowie das Ausbildungscurriculum der Entnahmechirurgen. Die Vorsitzenden der KfO sind in den Gremien OPCC von ET und im Bundesfachbeirat der DSO vertreten.

BERICHT DER KOORDINATOREN DER ARBEITSGRUPPEN

AG Interessenvertretung der organentnehmenden Chirurgen (Scherer): siehe Zusammenarbeit mit der DSO.

AG Konservierung und Ischämie (Rauen, Schemmer): Nach dem gescheiterten Versuch, über die DFG eine Schwerpunktförderung zum Themenkomplex „Ischämie / Reperfusion“ ausschreiben zu lassen, laufen an verschiedenen Standorten Einzelprojekte weiter. Während in Essen eine RCT mit einer modifizierten HTK-Konservierungslösung (der HTK-N) bei Lebendnierenspende und Transplantation evaluiert wird und auch verschiedene Aspekte der Maschinenkonservierung und -rekonditionierung weiterentwickelt werden, ist eine nationale Multicenterstudie mit HTK-N in Österreich bei der Leber-, Nieren- und Pankreastransplantation auf den Weg gebracht.

BERICHT AUS DEN GREMIEN

OPCC, ET (neue Regelungen und aktuelle Projekte):

- Installierung von COLD und CORE als Ersatz für ENIS.
- HU liver pay back costs: Länder, die viele HU-Lebern exportieren, haben tendenziell höhere Kosten. Kroatien erbittet diesbezüglich Nachbesserungen.
- Revision des ET Manual Chapter 9 The Donor: „Donor management“ und Explantations-„guidelines“ sind gestrichen worden, da die Mitgliedsstaaten mitunter unterschiedliche Verfahrensanweisungen haben. Nachbesserungen für die „warmen Ischämiezeiten“ mit Hinblick auf die DCD-Spende.
- „Warm ischemia times“ für die DCD Spende und wie diese Zeiten am besten im CORE angegeben werden.
- Blood vial labeling: die Beschriftung der Blutgefäße muss in der Folge 3 Informationen enthalten und nicht 7 wie an und für sich von den Grundstatuten gefordert: ET Donor Nr., Blutgruppe, Zeitpunkt der Spende (Benachrichtigung von Eurotransplant über den Donor). Alternativ sind Bar Codes diskutiert worden und Systeme, wie sie bei den Blutbanken schon seit längerem installiert sind. Umstellungen auf ein solches System sind grundsätzlich möglich, benötigen jedoch noch einer genauen Prüfung.
- SAE reporting system: Status nach Implementierung des neuen Benachrichtigungssystems von SAEs.

Bundesfachbeirat der DSO:

- neue Verfahrensanweisungen der DSO

ZUSAMMENARBEIT MIT DER DSO

- Qualitätsstandards für die Organentnahme (Erhebung mittels Formularen).
- Ausbildungscurriculum der Entnahmechirurgen (theoretische Inhalte [Walter-Brendel-Kolleg], praktische Kurse [TOP-Kurs, Heidelberger und Grazer Transplantationskurs, u.v.m.], E-Learningmodule).
- (Mit-)Organisation und (Mit-)Gestaltung gemeinsamer Meetings von Vertretern der DSO-Regionen und Entnahmechirurgen der Zentren.
- Beratung bzgl. Maschinenperfusion zur Organkonservierung.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Schemmer

JAHRESBERICHT 2016/2017

der Kommission Immunologie / Immungenetik



Dr. med. Theresa Kauke | München
Vorsitzende

Dr. med. Nils Lachmann | Berlin
Stellvertreter

Dr. med. Gunilla Einecke | Hannover
Schriftführerin

AKTIVITÄTEN UND DISKUSSIONSPUNKTE

Richtlinie betreffend die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen gemäß §16 Abs. 1 S.1 Nr. 4a) und b) TPG (Richtlinie Empfängerschutz)

Auf Empfehlung des BMG und nach gemeinsamen Redaktionsgesprächen der Federführenden der AG RL BÄK Empfängerschutz, Prof. Dr. Sester, und der AG RL BÄK Histokompatibilität, Dr. Constanze Schönemann, und weiterer Sachverständiger wurden die beiden separat erarbeiteten Richtlinienempfehlungen „Empfängerschutz“ und „Gewebeverträglichkeit“ zu einem Richtlinienentwurf zusammengeführt und gehen im September in die erste Lesung.

BILDUNG EINER IMMUNOLOGISCHEN ARBEITSGRUPPE „ENIS“

Auf Veranlassung der DGI-Kommission „Organtransplantation“ wurde unter Leitung von Vanessa Ditt, Köln, eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die im Hinblick auf den Programm-Aufbau „CORE“ von Eurotransplant „immunologische Wunschlisten“ der deutschen ET-Labore sammelte und in engem Austausch zu Wouter Zanen, Eurotransplant, Informationen bereitstellt und versucht, die deutschen Interessen zu bündeln. Dabei ist auch auf das „Userforum CORE“ hinzuweisen, das von Eurotransplant eingeführt wurde und eine gute Plattform zum Austausch bietet.

Verbesserungspotenzial sieht die Arbeitsgruppe auch bei der Übermittlung der HLA-Typisierungsdaten an die DSO. Während des Treffens der deutschen ET-Labore im Frühsommer wurde die Übermittlung von Splitttypisierungen, z.B. HLA-DQ3-Splits, oder auch HLA-DPB-Typisierungen viel diskutiert.

MULTIZENTRISCHE IMMUNOLOGISCHE STUDIEN

Die wissenschaftliche Aufarbeitung zur Definition von nicht akzeptablen HLA-Antigenen (NAHA), unter anderem bezüglich Wartezeit und Transplantat-Outcome,

konnte durch die Unterstützung der DTG weitergebracht werden. Eine erste multizentrische Studie aus 15 deutschen Transplantationszentren unter Einschluss von 3264 Patienten wurde im Mai 2017 veröffentlicht („Unacceptable Human Leucocyte Antigens for Organ Offers in the Era of Organ Shortage: Influence on Waiting Time Before Kidney Transplantation“, Ziemann et al. NDT May 2017).

Weitere retrospektive Datenauswertungen aus 17 deutschen Transplantationszentren zum Transplantat-Outcome beim Nachweis von donorspezifischen HLA-Antikörpern im Festphasenassay werden auf der Jahrestagung der DTG in Bonn vorgestellt und sind zur Publikation in einem Fachjournal geplant.

Die Herausforderung zur prospektiven, multizentrischen Datenanalyse möchte die Kommission Immunologie/Immungenetik gerne annehmen und hofft auf die weitere Unterstützung der Projekte durch die Fachgesellschaft.

Dr. med. Teresa Kauke

ERGEBNIS DER WAHLEN 5.10.16 IN ESSEN

Während der Jahrestagung der DTG in Essen 2016 wurden in der Kommission Immunologie/Immungenetik Gunilla Einecke, Hannover, als Schriftführerin und Teresa Kauke, München, als Vorsitzende bestätigt. Nils Lachmann, Berlin, wurde als Stellvertreter gewählt.

Nils Lachmann und Teresa Kauke sind damit als TTAC-Mitglieder berufen. Gunilla Einecke ist assoziiertes TTAC-Mitglied. Die Vorsitzende und der Stellvertreter trafen sich zu den TTAC-Meetings im November 2016 in Leiden und März 2017 in Leipzig. Ein weiteres Treffen mit Mitgliedern der Kommission ist Anfang Oktober zum Eurotransplant Annual Meeting geplant und wird zur Vorbereitung der Kommissionssitzung während der DTG Jahrestagung in Bonn genutzt.

ARBEITSTREFFEN SEIT DER LETZTEN KOMMISSIONSSITZUNG

Neben den Treffen im TTAC, nehmen die Vorsitzende und die Schriftführerin der Kommission Immunologie/Immungenetik als Mitglieder der Arbeitsgruppe „Histokompatibilität“ der StÄKO regelmäßig an den Sitzungen teil und gestalten unter der Federführung von Constanze Schönemann, Berlin, an der Richtlinienarbeit aktiv mit. Im Juni 2017 während der Jahrestagung der DGI in Mannheim/Heidelberg haben sich Mitglieder der Kommission in einer Kleingruppe zu einem Arbeitstreffen versammelt sowie verschiedene Punkte diskutiert und vorgebracht.

JAHRESBERICHT 2016/2017

der Kommission Ethik



Dr. med. Gertrud Greif-Higer | Mainz
Vorsitzende



Prof. Dr. med. Richard Viebahn | Bochum
Vorsitzender

Dr. med. Michael Heise | Mainz
Schriftführer

6. Lehrtätigkeit in den Curricula für Transplantationsbeauftragte in der Region Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland) und Baden Württemberg (Greif-Higer)

ENGAGEMENT IN KOMMISSIONEN/ GREMIEN IM RAHMEN DER TRANSPLANTATIONSMEDIZIN

- Kommission „Lebendorganspende“ der STÄKO der BÄK (Greif-Higer)*
- Kommissionen „Verfahrensgrundsätze und Ethik“ der STÄKO der BÄK (Greif-Higer)
- ETEC bei Eurotransplant (Greif-Higer/ Viebahn)
- Beirat der DSO NRW (stellv. Vorsitzender) (Viebahn)*
- Prüfungs- und Überwachungskommission der BAEK (Organsachverständiger) (Viebahn)*

* nicht mit Funktion in der Ethikkommission der DTG verbunden

WEITERE AKTIVITÄTEN IM RAHMEN DER FUNKTION IN DER ETHIKKOMMISSION DER DTG

Interview zum Beitrag „Operieren auf riskantem Terrain“, Sueddeutsche 10.8.2017 (Viebahn)

Aufgrund der nicht abgeschlossenen Diskussion über die grundsätzliche Auswirkung des o. g. höchstrichterlichen Urteils soll, sofern entsprechende Stellungnahmen vorliegen, ebenfalls eine Stellungnahme der DTG zu diesem Thema beim Jahrestreffen in Bonn vorgelegt werden (Vorstand, ggf. Mitgliederversammlung).

Prof. Dr. med. Richard Viebahn
Dr. med. Gertrud Greif-Higer

Die Aktivitäten der Ethik-Kommission der DTG waren seit der letzten Jahrestagung im Oktober 2016 durch Gremienarbeit und Vortragsaktivitäten bestimmt. Seit Juli 2017 nahm die Befassung mit Urteil des BGH in Sachen „Transplantationskandal“ breiten Raum in der Diskussion ein (siehe Bericht von der Arbeitssitzung der Kommission am 6.9.17).

TÄTIGKEITEN

1. Teilnahme am ETEC-Treffen im Rahmen der Tagung von Eurotransplant in Alpbach (27.01.2017) (Greif-Higer)
2. „Aktuelle ethische Aspekte der Organspende“ Walter-Brendel-Kolleg am 4.3.2017 (Greif-Higer)
3. Arbeitssitzung der Kommission am 06.09.2017 in Bochum (Protokoll im Anhang)
4. „Organtransplantation“, Seminar im Rahmen der Summerschool „Bioethische Grundfragen“ an der Ruhr-Universität Bochum (Viebahn)
5. Teilnahme am Gründungstreffen der Scientific Registry Working Group (Eurotransplant) am 14.09.2017 in Leiden (Greif-Higer)

DTG-JAHRESTAGUNGEN



PREISTRÄGER 2016

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)

RUDOLF PICHLMAYR PREIS
(BIOTEST)

PD Dr. med. Andreas Linkermann
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

>> Immunogenität von Regulierter Nekrose

Preis: 10.000 €



DTG PREIS ZUR FÖRDERUNG
DER ORGANSPENDE

Hartwig Gauder
Verein Kinderhilfe Organtransplantation,
Frankfurt am Main

>> KiO-Tag des FC Bayern München

Preis: 5.000 €



DTG-FORSCHUNGSPREIS
IMMUNSUPPRESSION
(ASTELLAS)

Dr. med. Thurid Ahlenstiel-Grunow
Medizinische Hochschule Hannover

>> Individualization of Immunosuppressive
Therapy after Pediatric Kidney Transplantation
by Monitoring of Virus-specific T cells and HLA/
Non-HLA Donor-specific Antibodies (INDImmun)

Preis: 10.000 €



YOUNG INVESTIGATOR AWARD
(NOVARTIS)

Dr. med. Alexey Dashkevich
Herzchirurgische Klinik München

>> Ischemia-Reperfusion Injury Enhances
Lymphatic Endothelial VEGFR3 and Rejection in
Cardiac Allografts

Preis: 5.000 €



CHRONIK

der DTG-Jahrestagungen

	JAHR	ORT	TAGUNGSPRÄSIDENT
1.	1992	Essen	Prof. Dr. med. Wilhelm Eigler
2.	1993	Bremen	Prof. Dr. med. Arno Lison
3.	1994	Leipzig	Prof. Dr. med. Johann Hauss
4.	1995	Berlin	Prof. Dr. med. Peter Neuhaus
5.	1996	München	Prof. Dr. med. Bruno Reichart
6.	1997	Köln	Prof. Dr. med. Andreas Paul, Dr. med. Wolfgang Arns
7.	1998	Freiburg	Prof. Dr. med. Günter Kirste
8.	1999	Dresden	Prof. Dr. med. Stephan Schüler
9.	2000	Regensburg	Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch
10.	2001	Heidelberg	Prof. Dr. med. Ernst Klar
11.	2002	Hannover	Prof. Dr. med. Jürgen Klempnauer
12.	2003	Münster	Prof. Dr. med. Norbert Senninger
13.	2004	Kiel	Prof. Dr. med. Fred Fändrich
14.	2005	Rostock	Prof. Dr. med. Ernst Klar
15.	2006	München	Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch, PD Dr. med. Manfred-J. Stangl
16.	2007	Mainz	Prof. Dr. med. Gerd Otto
17.	2008	Bochum	Prof. Dr. med. Richard Viebahn
18.	2009	Berlin	Prof. Dr. med. Peter Neuhaus
19.	2010	Hamburg	Prof. Dr. med. Björn Nashed, Prof. Dr. med. Hermann Reichensperner
20.	2011	Regensburg	Prof. Dr. med. Hans J. Schlitt, Prof. Dr. med. Bernhard Banas
21.	2012	Berlin (WCT)	Prof. Dr. med. Peter Neuhaus
22.	2013	Frankfurt am Main	Prof. Dr. med. Ingeborg Hauser, PD Dr. med. Frank Ulrich
23.	2014	Mannheim	Prof. Dr. med. Bernhard Krämer, Prof. Dr. med. Stefan Post
24.	2015	Dresden	Prof. Dr. med. Christian Hugo
25.	2016	Essen	Prof. Dr. med. Oliver Witzke, Prof. Dr. med. Andreas Paul
26.	2017	Bonn	Prof. Dr. med. Christian Strassburg, Prof. Dr. med. Jörg C. Kalff

TAGUNGSGEBÜHREN

TEILNEHMERART	ANMELDUNG bis einschl. 31.08.2017	ANMELDUNG bis einschl. 16.10.2017	ANMELDUNG ab 17.10.2017
DTG-Mitglied*	100,00 EUR	160,00 EUR	200,00 EUR
Nichtmitglied	160,00 EUR	210,00 EUR	250,00 EUR
Student	50,00 EUR	80,00 EUR	90,00 EUR
Mitarbeiter der ausrichtenden Klinik	100,00 EUR		
Tageskarte DTG-Mitglied*	100,00 EUR		
Tageskarte Nichtmitglied	125,00 EUR		
Presse	kostenfrei, gegen Vorlage eines gültigen Presseausweises		
Pflegesymposium AKTX** (AKTX-Mitglied*)	40,00 EUR		70,00 EUR
Pflegesymposium AKTX** (Nichtmitglied)	50,00 EUR		70,00 EUR

* Voraussetzung für die Gewährung des Mitglieder-Rabattes ist die Bestätigung der Mitgliedschaft durch die Geschäftsstelle nach Eingang des Mitgliedsantrages beim entsprechenden Vereins-Sekretariat bis spätestens 31.08.2017.

** Die Anmeldung zum 21. Pflegesymposium des AKTX-Pflege e.V. berechtigt gleichzeitig zur Teilnahme an der DTG-Jahrestagung.

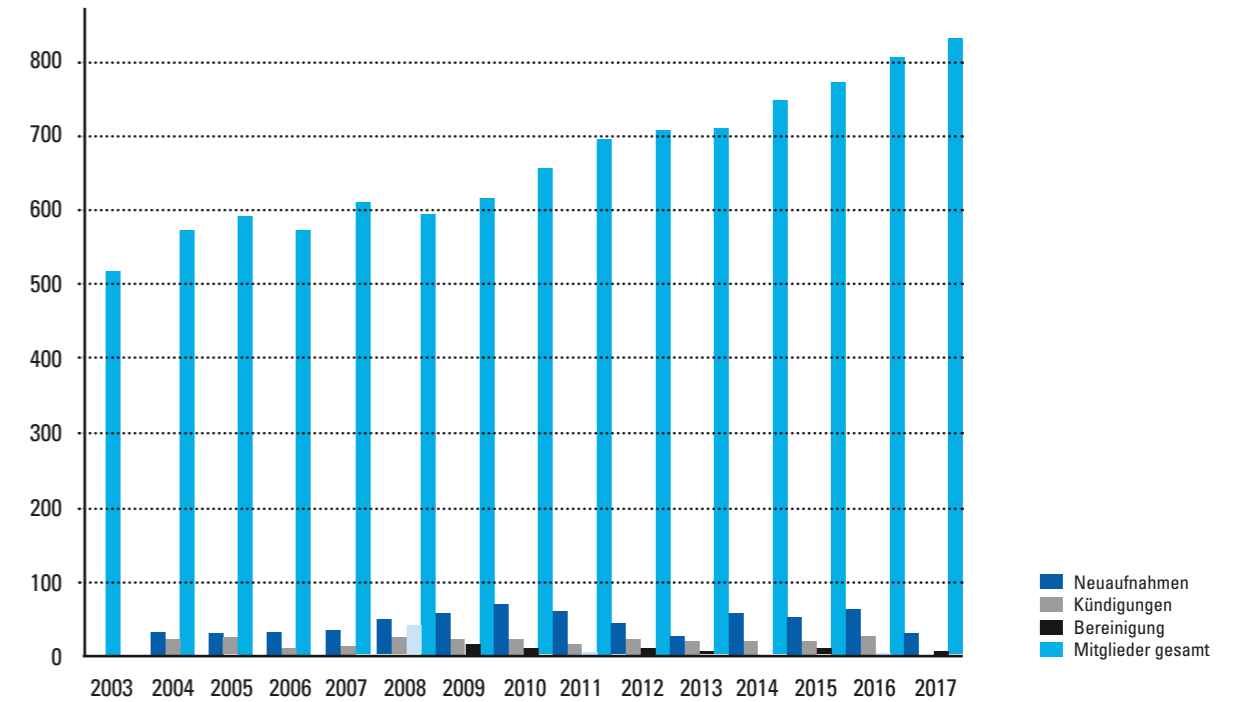
(Stand: Januar 2017 - Änderungen vorbehalten)

MITGLIEDER



MITGLIEDERENTWICKLUNG

der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V. (DTG)



DTG-Mitglied werden

Wenn Sie Mitglied der DTG werden möchten, lassen Sie den Mitgliedsantrag von zwei Bürgen, die bereits Mitglied der DTG sind, gegenzeichnen. Dann senden Sie den Antrag bitte an die angegebene Adresse. Weiterhin benötigen wir zur Bearbeitung des Antrages das vollständig ausgefüllte Formular SEPA-Lastschriftmandat, da der Einzug des DTG-Jahresbeitrages nur mittels SEPA-Lastschriftmandat erfolgen kann.

Der Jahresbeitrag für die DTG beträgt Euro 50,- und beinhaltet einen kostenlosen monatlichen Newsletter per Mail mit den aktuellen Informationen aus der Transplantation. Ein weiterer Vorteil der Mitgliedschaft ist die verbilligte Teilnahme an der DTG-Jahrestagung.



Antrag auf Mitgliedschaft

Name:..... Titel:.....
Vorname:..... Geb. Datum:.....
Position
Abteilung:
Institution:
Strasse:
PLZ, Ort:
Telefon:
Fax.:
E-Mail:

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner E-Mail Adresse im Mitgliederverzeichnis der DTG einverstanden: Ja [] Nein []

Ich bin damit einverstanden, dass alle Korrespondenz der DTG mit mir über die oben angegebene E-Mail Adresse erfolgt: Ja [] Nein []

1. Bürge:
Datum/Unterschrift:

2. Bürge:
Datum/Unterschrift:

Ort, Datum
Unterschrift

Einzusenden an: Sekretariat der Deutschen Transplantationsgesellschaft
z. Hd. Frau Marion Schlauderer
Universitätsklinikum Regensburg
D-93042 Regensburg
Fax: 0941/944-7197



Herrn
PD Dr. med. Helmut Arbogast
Schatzmeister der DTG
Chirurgische Klinik
Klinikum Großhadern
Marchioninstr. 15
81377 München

SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE83ZZZ00001108834
Mandatsreferenznummer entspricht Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Transplantationsgesellschaft e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DTG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen (Mitgliedsbeitrag)

Vorname und Name (Kontoinhaber)
Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut
BIC

IBAN: _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ |

Ort, Datum
Unterschrift



IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche Transplantationsgesellschaft e.V.
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

Tel.: 0941 – 944 7324

Fax: 0941 – 944 7197

DTG-Vorstand

Prof. Dr. Bernhard Banas, Präsident, Regensburg
Prof. Dr. Christian Strassburg, President-Elect, Bonn
Prof. Dr. Christian Hugo, Generalsekretär, Dresden
Prof. Dr. Johann Pratschke, Schriftführer, Berlin
PD Dr. Helmut P. Arbogast, Schatzmeister, München

Email: dtg.sekretariat@ukr.de

Redaktion

albersconcept

Dr. Bettina Albers

Jakobstr. 38

99423 Weimar

Email: info@albersconcept.de

Layout & Satz

Klapproth+Koch GmbH

Carl-August-Allee 1

99423 Weimar

Email: info@klapproth-koch.de

Druck

Druckerei Schöpfung, Weimar

Fotos

Panumas Yanuthai/shutterstock.com

Rawpixel.com/shutterstock.com

Atstock Productions/shutterstock.com

FotoDuets/shutterstock.com

BCFC/shutterstock.com

Stock-Asso/shutterstock.com

Matej Kastelic/shutterstock.com

r.classen/shutterstock.com

Pla2na/shutterstock.com

Jakub Grygier/shutterstock.com

Nerthuz/shutterstock.com

