

Intensivmedizin und Transplantationsmedizin

Eine Aufgabe für jede Intensivstation

Intensivmediziner sind in vielfacher Hinsicht mit dem Thema Transplantationsmedizin befasst. Dabei sind sie auch gezwungen, entsprechend der klinischen Situation verschiedene Perspektiven wahrzunehmen und damit umgehen zu können. Dies beginnt mit der Frage, ob ein Patient mit terminalem Organversagen ein Kandidat für eine Transplantation sein könnte, und reicht bis hin zur Frage, ob ein Patient für eine Organspende in Frage käme. Ein weiterer Themenkreis ist die intensivmedizinische Betreuung des Organspenders und die intensivmedizinische Therapie von transplantierten Patienten in der unmittelbar postoperativen Phase oder auch im chronischen Verlauf bei neu auftretenden Problemen. Es ist heutzutage nahezu undenkbar Intensivmedizin zu betreiben, ohne mit diesen Themen konfrontiert zu werden.

Der Themenschwerpunkt in der vorliegenden Ausgabe der Zeitschrift *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* widmet sich daher aus gutem Grund verschiedenen intensivmedizinischen Aspekten der Transplantationsmedizin. Im Wesentlichen befasst sich der Großteil der Beiträge mit Fragen zum intensivmedizinischen Management vor und nach einer Organtransplantation, ergänzt durch Beiträge zur Organisation der Transplantationsmedizin, sowie mit dem Thema der Angehörigenbetreuung von Organspendern. Die

Frage, wie Transplantationsmedizin organisiert und nach den Prinzipien der Gerechtigkeit, Fairness und Transparenz realisiert wird, hat vor allem die Öffentlichkeit in Deutschland nach Bekanntwerden von Unregelmäßigkeiten in einigen deutschen Transplantationszentren besonders bewegt. Österreich blieb von solchen Problemen bisher unberührt, unterscheidet sich aber auch in anderer Hinsicht in grundlegenden Fragen der Organspende vom deutschen Nachbarn. Bekanntermaßen ist in Österreich die Widerspruchslösung rechtlich verankert, während in Deutschland eine Zustimmungslösung in Kraft ist. Trotz dieser aus Sicht der Organspende günstigeren Rechtslage ist auch in Österreich das Aufkommen an Organspendern rückläufig. Dies lässt sich nicht nur mit einer seit Jahren erfreulicherweise weiter sinkenden Zahl an Verkehrsopfern begründen, sondern spiegelt auch die Fortschritte der modernen Medizin und im Besonderen der Intensivmedizin wieder.

Das sinkende Aufkommen an Organspendern hat auch international ein Thema wieder relevant werden lassen, das auf die Pionierzeiten der Transplantationsmedizin rückverweist. Die weltweit erste Herztransplantation (Christian Barnard 1967) beruhte auf einer Organentnahme nach Herzkreislaufstillstand und darauf folgendem sekundärem Hirntod des Spenders. Dieses Konzept

der „Non-Heart Beating Donation“ oder „Donation after Cardiac Death“ wird international zunehmend neu aufgegriffen. Zweifellos ergeben sich dadurch auch neue, über die Diskussion zum Hirntod hinausgehende ethische Fragestellungen. In Österreich wurden daher 2013 „Empfehlungen zur Durchführung der Todesfeststellung bei einer geplanten Organentnahme nach Hirntod durch Kreislaufstillstand“ vom Verband der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs ausgearbeitet und als Empfehlung des Obersten Sanitätsrats publiziert (abrufbar unter www.fasim.at).

» Hinsichtlich Organspenden gilt in Österreich die Widerspruchslösung, während in Deutschland eine Zustimmungslösung in Kraft ist

Der Themenschwerpunkt in diesem Heft befasst sich weniger mit diesen ethischen Fragen, sondern stellt das konkrete Management von betroffenen Patienten in den Vordergrund. Auf jeden Fall soll mit diesem Schwerpunkt der Zweck verfolgt werden, das Interesse und das Bewusstsein um diese unbestritten höchst bedeutsamen Aspekte der Transplantationsmedizin und Intensivmedizin erneut zu schärfen. Im Sinne der Patienten, deren alleinige Perspektive in einer

Organtransplantation liegt, hoffen wir, dass die Artikel in dieser Ausgabe dazu beitragen mögen.



Prof. Dr. Andreas Valentin



Prof. Dr. Michael Buerke

Korrespondenzadressen



Prof. Dr. A. Valentin
Allgemeine und internistische
Intensivstation, Krankenanstalt
Rudolfstiftung
Juchgasse 25, 1030 Wien
Österreich
andreas.valentin@
meduniwien.ac.at



Prof. Dr. M. Buerke
Medizinische Klinik II
(Kardiologie, Angiologie und
Internistische Intensivmedizin),
St. Marien-Krankenhaus
Kampenstr. 51, 57072 Siegen
m.buerke@
marienkrankenhaus.com

Interessenkonflikt. A. Valentin und M. Buerke geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Galenus-von-Pergamon-Preis 2014



Begehrte Auszeichnung für herausragende Arzneimittel-Innovationen

Alljährlich verleiht Springer Medizin Ärzte Zeitung den nationalen Galenus-von-Pergamon-Preis. Um den Preis können sich Arzneimittel-Innovationen bewerben, deren deutsche Zulassung und Markteinführung in der eingereichten Indikation nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Dieses Jahr wurden 11 Bewerbungen eingereicht.

Erstmals wird der Preis nicht nur in den bereits etablierten Kategorien „Primary Care“ und „Specialist Care“ verliehen, sondern auch in der neu eingeführten Kategorie „Orphan Drugs“. Damit soll auch den Innovationen Rechnung getragen werden, die zur Therapie von Patienten mit seltenen Erkrankungen entwickelt werden.

Über die Zuerkennung des Galenus-von-Pergamon-Preises entscheidet ein Kollegium von 14 unabhängigen Experten. Die Verleihung findet im Rahmen einer festlichen Gala am 16. Oktober 2014 in Berlin statt.

Hier stellen wir Ihnen einen der Kandidaten vor:

Difclir™ (Fidaxomicin)

Mit Fidaxomicin (Difclir™) von Astellas Pharma ist seit Januar 2013 ein speziell für Patienten mit Clostridium-difficile-Infektionen (CDI) entwickeltes Antibiotikum aus der neuen Klasse der Makrozykline verfügbar.

Der zweimal täglich für zehn Tage oral einzunehmende Wirkstoff entfaltet seine bakterizide Aktivität hauptsächlich im Dickdarm und wird kaum resorbiert. Damit kann lokal im Darm eine hohe Substanzkonzentration erreicht werden. Die gute Verträglichkeit von Fidaxomicin erklärt sich damit, dass mehr als 92% der Substanz und ihrer Metaboliten über den Stuhl ausgeschieden werden.

In zwei direkten Vergleichsstudien mit Vancomycin ist die Nichtunterlegenheit der Behandlung mit Fidaxomicin nachgewiesen worden, wobei unter der neuen Substanz wesentlich seltener Rezidive auftraten. Aus mikrobiologischen Begleitstudien geht zudem hervor, dass Fidaxomicin die natürliche Darmflora kaum beeinflusst. Die Zahl wichtiger Darmbakterien wie Bacteroides oder Prevotella nimmt weniger stark ab als unter Vancomycin.

Quelle und weitere Infos:
www.aerztezeitung.de