

Schwerpunkt *Die Augenhornhautspende*

Die Zukunft der Augenhornhautmedizin

*Prof. Dr. med. Peter Szurman,
Chefarzt der Augenklinik Sulzbach, im Interview*

„Die Qualitätsansprüche für Spenderhornhäute steigen“

*Regina Michaelis über Herausforderungen
in der Vermittlung von gespendeten Augenhornhäuten*

Was ist eine „gute“ Augenhornhaut?

*Stimmen aus dem DGFG-Netzwerk zu den
Qualitäten eines Transplantats*

Lesen Sie unsere Neuigkeiten lieber online?

Registrieren Sie sich für die Online-Version von DGFG erLeben unter www.gewebenetzwerk.de/newsletter

Foto: Augenklinik Sulzbach

Die Zukunft der Augenhornhautmedizin

Ein verschwommener Blick, wie durch Milchglas: Zellschäden des Augenhornhautendothels, der innersten Schicht der Hornhaut, können mit der **Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK)** innerhalb weniger Minuten behandelt werden. Die eigene Hornhaut wird dabei weitestgehend erhalten und nur die defekte innere Zellschicht wird ersetzt. Als eines der ersten Zentren Europas hat sich die **Augenklinik Sulzbach** auf die schonende lamelläre Transplantationstechnik spezialisiert. Dort wird unter der Leitung von Prof. Dr. med. Peter Szurman mit Hochdruck zu zukunftsversprechenden Innovationen in der Hornhautmedizin geforscht.



Im DGFG Netzwerk wird die DMEK immer häufiger der perforierenden Keratoplastik, also einer Volltransplantation der Hornhaut, vorgezogen. Was sind Gründe dafür?

Die DMEK hat eine große Operation zu einer relativ kleinen umgewandelt. Zum einen ist die Rehabilitationszeit bei der DMEK deutlich kürzer.

Zum anderen kommen 80 bis 90 Prozent der Patienten für eine lamelläre Teiltransplantation, also dem Austausch der lediglich erkrankten Schicht der Hornhaut, in Frage. Die Volltransplantation ist für viele Patienten eine Übertherapie und ich bin sehr froh, dass wir uns davon lösen konnten.

Die zu transplantierte Lamelle ist also nur ein Teil der Spenderaugenhornhaut. Wie gelangen Sie an diese hauchdünne Schicht?

An der Augenklinik in Sulzbach nutzen wir seit 2014 die von uns entwickelte

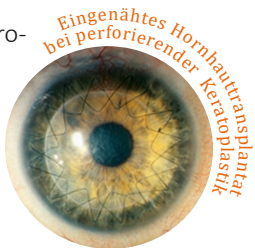
Liquid-Bubble-Präparationstechnik, mit der die Lamelle innerhalb von zwei Minuten aufbereitet werden kann. Das ist extrem Gewebe schonend.

Im letzten Schritt erfolgt dann die Implantation, also das Einsetzen des Implantats. Warum ist das besonders knifflig?

Auch wenn die lamelläre Teiltransplantation zwar kürzer und minimal invasiv ist, ist es umgekehrt so, dass der Aufwand und die Zahl der Operationsschritte zugenommen haben. Allein bei der Implantation benötigt es rund 20 verschiedene aufeinander abgestimmte Schritte. Zum Erlangen des Know-hows sind viel mehr Trainings für eine lamelläre Transplantation als für eine Notfall-Volltransplantation nötig.

Jeder einzelne Schritt muss perfekt sein, weil sich die Fehler nicht nur summieren, sondern potenzieren.

In den vergangenen fünf Jahren hat sich die Zahl dieser Hornhauttransplantationen in Sulzbach verfünffacht. Wie erklären Sie sich das?



Liebe Leserinnen und Leser,

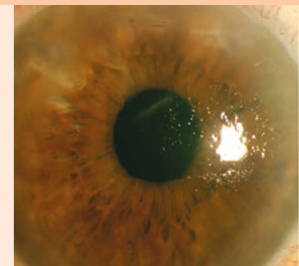
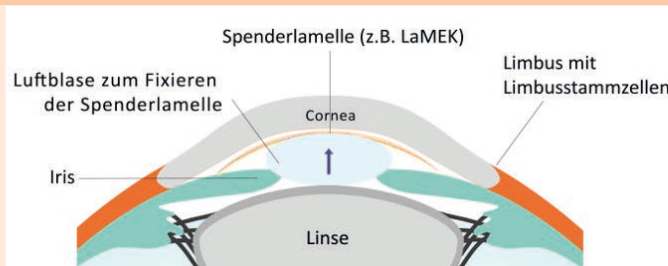
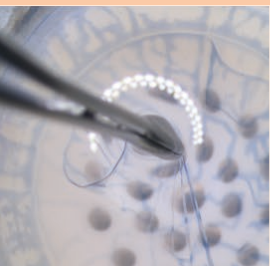
dank unserer Netzwerkstruktur und dem außerordentlichen Engagement aller DGFG Mitarbeitenden, konnten wir die Gewebespende in Zeiten von Corona aufrechterhalten. Die Krise brachte viel Neues: Unser Jahresbericht erscheint erstmalig digital – die Highlights finden Sie zusammengefasst in der Beilage.

Eine Augenhornhaut, prinzipiell gespendetes Gewebe, ist kein unendliches Gut. In Deutschland kann der Bedarf nicht gedeckt werden. Visionäre Forschung, um dieses Defizit nachhaltig auszugleichen, wird an der Augenklinik Sulzbach betrieben. Leiter Prof. Peter Szurman berichtet zudem über eine zeitnahe Innovation: Die Pre-loaded-LaMEK, ein Partnerprojekt mit der DGFG zur Optimierung lamellärer Transplantationen. Auch in der Vermittlungsstelle in Hannover setzen sich Regina Michaelis und ihr Team für eine optimale Patientenversorgung ein. Spezifische Anforderungen der Transplantationskliniken, insbesondere eine sehr hohe Zellzahl, erschweren dies.

Dass eine Hornhaut weitere wichtige Qualitäten besitzt, beleuchten Sandra Miño (Gewebebank Hannover/DGFG), Dr. Nicola Hofmann (Forschung DGFG) und Prof. Kohlhaas (St.-Johannes-Hospital Dortmund). Dies zeigt auch eine bewegende Geschichte einer Patientin aus Leipzig, der ein Notfalltransplantat wieder Lebensqualität schenkte.

Ihr Martin Börgel,
Geschäftsführer der DGFG

DIE DMEK MIT VORPRÄPARIERTER LAMELLE



Alternativ zur Vorbereitung der Lamelle im OP durch den Transplantateur, vermittelt die DGFG auch vorpräparierte Lamellen (LaMEK). Die LaMEK stammt aus der Gewebepank Hannover und der Knappschafts-Gewebepank Sulzbach. Der Anwender kann sie für eine DMEK leicht mit einer Pinzette abziehen.

Bei der DMEK wird die innere Zellschicht der Hornhaut mit den wertvollen Pumpzellen, den Endothelzellen, über einen kleinen Schnitt ausgetauscht. Die hauchdünne Spenderlamelle wird mit einer Mikrokartusche injiziert. Sie wird entrollt und mit einer Luftblase gewebeschonend gegen die Hornhaut gedrückt. Nach einigen Stunden haftet die Lamelle von selbst – ganz ohne Naht.

Dieser minimal invasive Eingriff wirkt sich positiv auf die Einheilphase aus. Im Vergleich zur Volltransplantation tritt eine Abstoßungsreaktion deutlich seltener auf. Innerhalb weniger Tage steigt der Visus bemerkbar an.

Mit der lamellären Teiltransplantation hat die Augenhornhauttransplantation ihren Schrecken verloren, sodass auch ältere Patienten entspannt zur Transplantation angemeldet werden – jene, die sich sonst vor einem großen Eingriff gescheut hätten. Seitens Ärzten sowie Patienten sind die geringe Operationsdauer und die sehr kurze Einheilphase eine enorme Entlastung. Die Operation am Patienten dauert lediglich zehn bis 15 Minuten, insgesamt sollte der Patient drei bis vier Tage für den stationären Aufenthalt einplanen.

Maßgeblich für den Aufwärtstrend ist auch die Verschiebung der Indikationen, weg von jenen, die immer noch eine Volltransplantation brauchen – hin zu den Indikationen, die mit einer Teiltransplantation gut versorgt sind. Grund dafür ist die Altersverschiebung. Es gibt anteilig immer mehr ältere Patienten, deren häufigstes Krankheitsbild die Fuchs'sche Endotheldystrophie ist. Diese kann mit der Teiltransplantation behandelt werden. Bei dieser Krankheit trübt sich die Hornhaut immer weiter ein und quillt teilweise auf, was zu wiederkehrenden Entzündungen und im schlimmsten Fall zum Erblinden führt.

Die Sulzbacher Augenklinik und die DGFG arbeiten gemeinsam daran, die DMEK für die Operateure aber auch für die Empfänger des Transplantats zu verbessern. Gibt es dahingehend Fortschritte?

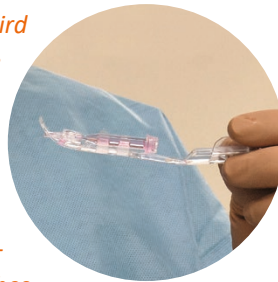
Wir wollen unser Präparationsverfahren optimieren. Bei unserer aktuellen Precut-LaMEK bekommt der Operateur die ganze Hornhaut, wobei jedoch die Lamelle bereits teilabgelöst und vorgestanzt ist. Allerdings muss er sie noch immer abziehen, manuell anfärben und in das Injektorsystem laden. All das sind unkontrollierte Manipulationen, die auch Kontaminationen beinhalten können, beziehungsweise mit dem Risiko der Beeinträchtigung des Transplantats behaftet sind.

Das nächste große Zukunftsprojekt, an dem wir gemeinsam mit der DGFG arbeiten, ist daher die Preloaded-LaMEK. Die Lamelle wird in der Rein-

raum-Gewebebank mittels Liquid-Bubble-Technik schonend vorpräpariert und in die Injektionskartusche geladen.

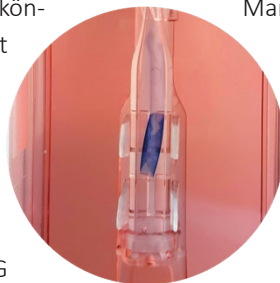
Hier spielt die Liquid-Bubble-Technik eine wichtige Rolle, da die Lamelle damit vorher vollständig abpräpariert wird. Der Operateur muss dann das Transplantat, die LaMEK, nur noch aus der Verpackung nehmen und es direkt in das Auge des Patienten injizieren. Es sind also keine weiteren Manipulationsschritte mehr nötig. Die Lamelle wird in einem geschlossenen System angeliefert – das hat einen großen Qualitätsvorteil.

Weltweit wird dies das erste Kombi-Injektor-System sein: eine Mischung aus einem Transplantat, welches nach Arzneimittelgesetz aufbereitet ist, und einem Injektorsystem, das nach Medizinproduktegesetz zertifiziert ist. Das ist der nächste Meilenstein. Die DGFG ist unser Partner, mit dem die Preloaded-LaMEK exklusiv in Deutschland vermittelt wird.



Insgesamt werden jährlich in Deutschland durchschnittlich 6.000 DMEKs durchgeführt, davon allein 500 in Sulzbach. Damit ist der geschätzte Bedarf von 10.000 längst nicht gedeckt. Wie könnte an der Augenhornhaut erkrankten Menschen zukünftig noch bedarfsgerechter und vor allem nachhaltig geholfen werden?

In der medialen Öffentlichkeit wird immer wieder die künstliche Hornhaut, beispielsweise mithilfe 3D-Druck, thematisiert. Ein großer Menschheitstraum. Wir haben zu wenig humane Gewebespenden und vermutlich bleibt dieser Mangel bestehen, da der Bedarf schneller wächst als die ebenfalls steigende Spenderanzahl. Wir rennen dem also hinterher. Kaum schaffen wir es mehr Transplantate zu besorgen, wird dieser Vorsprung dadurch eingeholt, dass die Zahl der OP-Indikationen steigen.



Der Wunsch nach einer künstlichen Hornhaut besteht außerdem auch, da vereinzelt Abstoßungsreaktionen (HLA-Inkompatibilität) auftreten, wenn Gewebe von anderen Menschen transplantiert werden.

Zunächst erscheint eine Hornhaut unter dem Mikroskop erst einmal gar nicht so komplex. Es ist quasi eine dachziegelartige Beschichtung von Kollagenlamellen. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass ein 3D-Drucker das drucken kann. Biologisch ist die Hornhaut in ihrer Schichtung jedoch viel komplexer. Der 3D-Drucker wird nur die Kollagenlamellen anfertigen, also quasi das tote Fenster, wenn man es so will. Aber zum Leben erweckt wird das Transplantat ja erst durch Endothelzellen und zum gewissen Teil auch durch die Epithelzellen. Und insbesondere durch die Limbusstammzellen. Es gibt inzwischen künstliche Hornhäute, die aus verschiedenen Kunststoffmaterialien hergestellt sind. Diese finden aber nur für seltene Sonderindikationen Anwendung. Wir sind weit von einer Alternative von humanem Spendermaterial entfernt.

Gibt es denn realistische Lösungsansätze, die den Gewebebedarf trotz Spenderknappheit kompensieren könnten?

Vorrangig muss das Problem der eins-zu-eins Transplantation von Endothelzellen behoben werden. Sprich, ein Spender gleich ein Empfänger. Die Zellen müssen in Kultur genommen und Stammzellen daraus gewonnen werden, die wiederum *ex-vivo* proliferiert werden müssten, damit ein großer Zellpool entstünde. Das ist die eigentliche Herausforderung.

In wie naher Zukunft könnte dadurch die Hornhautmedizin revolutioniert werden?

Labortechnisch sind wir schon fast soweit. Der große aufwändige Schritt ist der regulatorische Zulassungsprozess. So etwas dauert in Deutschland immer mehrere Jahre. Wir können bereits jetzt diese Stammzellen produzieren und daraus auch einen hervorragend gesunden Zellrasen machen. Jetzt geht es darum, diesen Schritt am Menschen umsetzen zu dürfen. Ich hoffe, dass dies in den nächsten zwei bis vier Jahren möglich sein wird.

Die Qualitätsansprüche für Spenderhornhäute steigen.

Die Nachfrage der Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK) als besonders schonendes Operationsverfahren einer Hornhauttransplantation wächst seit Jahren stetig. Parallel gibt es immer mehr Spender mit einer zu Lebzeiten durchgeführten Kataraktoperation. Nicht zuletzt diese Entwicklung erschwert es Regina Michaelis, Transplantate mit passenden Qualitätskriterien an die Kliniken zu vermitteln.

Regina, ein Gros deiner Tätigkeit nimmt die Vermittlung von Augenhornhäuten ein – zwei Drittel dieser werden im Rahmen einer DMEK allokiert und transplantiert. Inwiefern betrifft der parallele Anstieg verstorbener Spender mit Kataraktoperation deine tägliche Arbeit?

Das ist derzeit in der Vermittlung eine Herausforderung, da viele Transplantationszentren eine Hornhaut mit Katarakt-OP per se und insbesondere bei einer geplanten DMEK ablehnen. Allerdings werden für dieses Operationsverfahren gerade Spender im fortgeschrittenen Alter von 65 bis 80 Jahren aufgrund der Physiologie der Hornhaut bevorzugt – mit höherem Alter steigt jedoch das Erkrankungsrisiko am Grauen Star.

Die Katarakt ist die weltweit am häufigsten auftretende Ursache für Erblindung (WHO, 2018). Die Entfernung der zumeist altersbedingt eingetrübten Augenlinse und der Ersatz durch eine künstliche Intraokularlinse gehört zu den Standardbehandlungen; etwa 800.000 Mal im Jahr operieren Augenärzte in Deutschland Menschen am Grauen Star (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V., 2017).

Welchen Bedenken begegnest du im Austausch mit den Transplantationszentren bei Ablehnung einer voroperierten Spenderhornhaut?

Problematisch sind die Narben, die beim Austausch der trüben Linse durch eine Kunstlinse entstehen. Dafür werden mehrere Schnitte am Auge gesetzt, die alle Hornhautschichten, auch die Descemet Membran mit den wichtigen Endothelzellen, durchdringen. Die daraus resultierende tiefe Vernarbung erschwert die Abpräparation der Lamelle. Unter Umständen nimmt das dann mehr Zeit in Anspruch und die Zellen werden zusätzlich beeinträchtigt. Außerdem begrenzen Position und Größe der Narben die freie

optische Zone – ein weiteres wichtiges Qualitätskriterium bei den Spenderhornhäuten. Misst die freie optische Zone von Narbe zu Narbe, also im Durchmesser weniger als acht Millimeter, schlagen viele Transplantationszentren das Angebot aus, da die gestanzte Lamelle in diesem Fall höchstens einen Durchmesser von 7,5 Millimeter haben kann. Für bestimmte Patienten wäre diese optische Zone zu klein.



Die Zuordnung eines Transplantats erfolgt nach festgelegten Kriterien wie der Warteliste, dem Alter, den Anforderungen aufgrund der geplanten OP-Methode und den spezifischen Anforderungen der Kliniken.

Und wie äußert sich das in den Anforderungen der Transplantationszentren an eine Spenderhornhaut?

Die Qualitätsansprüche für Spenderhornhäute steigen, unabhängig von der Operationsmethode. Die meisten Transplantationszentren verlangen mindestens 2.300 Zellen pro Quadratmillimeter, um einen Sicherheitspuffer zu haben. Nur wenige akzeptieren 2.200 Zellen oder Werte darunter. Des Weiteren wird verstärkt Wert auf eine möglichst große narbenfreie optische Zone gelegt.



Regina Michaelis leitet seit 2015 die Vermittlung in Hannover – die Schnittstelle zwischen Spende, Prozessierung und Transplantation eines Gewebes aus dem DGFG Netzwerk.

Trotzdem müssen wir eine verlässliche Patientenversorgung mit qualitätsgeprüften Transplantaten gewährleisten und Spendenverwürfe wo möglich vermeiden. Wie kann das gelingen?

Wünschenswert wäre, wenn noch mehr Transplantationszentren die Annahme einer Hornhaut mit Kataraktnarben in Erwägung ziehen würden. Denn der Graue Star ist prinzipiell kein Ausschlusskriterium für die Gewebespende. Solange die narbenfreie optische Zone um die acht Millimeter groß ist, kann die Hornhaut für eine DMEK-OP in der Regel vermittelt werden. Für eine perforierende Keratoplastik können voroperierte Hornhäute mit entsprechender Zellzahl immer vermittelt werden, allerdings ist auch hier meist eine freie optische Zone von mindestens 7,5 Millimeter gewünscht. Bezüglich der hohen Zellzahlwünsche: In Studien wird darauf hingewiesen, dass der Erfolg einer Transplantation nicht allein von der Zellzahl abhängig sei.

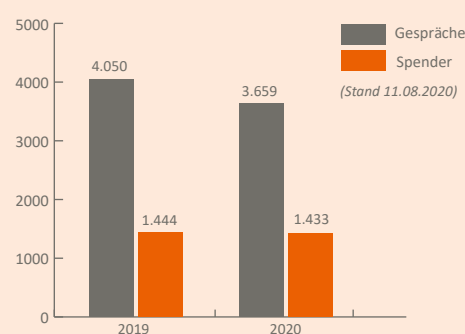
Die positive Konsequenz wäre eine höhere Patientenversorgung und somit eine verkürzte Wartezeit auf ein Transplantat. Und genau das ist unser Bestreben: Patienten so gut und so zeitnah wie möglich mit einer Gewebespende zu helfen.

1.433 Gewebespenden im ersten Halbjahr

Anzahl Gewebespenden im Halbjahresvergleich 2019/20

Trotz des COVID-19 bedingten Aufschubs und Wegfalls elektiver Operationen, kann die DGFG eine positive Halbjahresbilanz ziehen: In den ersten sechs Monaten in 2020 wurden insgesamt 1.433 Gewebespenden realisiert, obwohl deutlich weniger Gespräche mit den Angehörigen geführt wurden. Eine erfreuliche Erfolgsquote.

Leistungszahlen



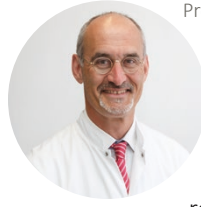
Was ist eine „gute“ Augenhornhaut?

Einigkeit besteht darüber, dass eine transparente Hornhaut und damit klares Sehen von funktionierendem Endothel abhängen. Doch wie entscheidend ist die Zahl der Endothelzellen für den Transplantationserfolg? Netzwerkpartner sowie Mitarbeitende der DGFG beleuchten verschiedene Aspekte.



Sandra Miño, Verantwortliche Person nach § 20c AMG - Gewebebank Hannover / DGFG

Zu den Hauptkriterien, nach denen wir die Qualität einer Hornhaut in der Gewebebank definieren, gehören die Morphologie und Zellzahl des Hornhautendothels sowie die Identifizierung und Lokalisierung von oberflächlichen und tiefen Narben in der gesamten Hornhautstruktur. Diese Informationen helfen uns, die Hornhäute zu klassifizieren und so die Vermittlung des Gewebes in Abhängigkeit von den Anforderungen des Empfängers zu erleichtern. Eine optimaler Match garantiert nicht nur den Erfolg der Transplantation, sondern maximiert auch die Verwendung der gespendeten Gewebe.



Prof. Dr. med. Markus Kohlhaas, Chefarzt Klinik f. Augenheilkunde, St.-Johannes-Hospital Dortmund

Ich bin für jedes verfügbare Transplantat dankbar und akzeptiere immer voroperierte Hornhäute. Allerdings variiert für jede Operationsmethode die Gewichtung der Qualitätsmerkmale. So benötige ich bei einer vorderen lamellären Keratoplastik keine hohe Zellzahl, sofern das Stroma narbenfrei und klar ist. Auch bei einer perforierenden Keratoplastik weise ich den Kriterien Zellzahl und Spenderalter keine höhere Priorität zu. Selbst bei der immer beliebter werdenden DMEK ist der Transplantationserfolg nicht allein von den genannten Faktoren abhängig. Die Ablehnung eines angebotenen Transplantats ist ethisch, medizinisch sowie wirtschaftlich nicht vertretbar.



Dr. rer. nat. Nicola Hofmann, Forschung & Entwicklung / Zentrales QM DGFG

Neben der Zellzahl sind für eine erfolgreiche Transplantation weitere Faktoren von Bedeutung, die nicht alle vom Transplantat selbst abhängen. Vielmehr hat sich gezeigt, dass die zugrundeliegende Erkrankung mit ihrem Schweregrad sowie z. B. Komplikationen während der OP einen bedeutenden Einfluss auf das klinische Ergebnis haben. Ebenso spielt das Alter des Empfängers eine viel größere Rolle als das des Spenders. Das Transplantationsergebnis wird offenbar durch eine Vielzahl von Parametern bestimmt. In unterschiedlichen Projekten und Kooperationen wird derzeit untersucht, inwieweit sich aus den verschiedenen Charakteristika einer Hornhaut eine Art „Quality Score“ erstellen lässt, mit dem eine Vorhersage zur Erfolgswahrscheinlichkeit getroffen werden kann.

Patientengeschichte

Notfalltransplantat bewahrt Patientin vor dem Erblinden

„Morgen könnten Sie bereits blind sein“ – erinnert sich Viviane B. (52) an die Worte ihres behandelnden Arztes am Universitätsklinikum Halle (UKH). Eine erst sehr spät diagnostizierte Pilzinfektion hatte sich derart verschlimmert, dass ein Transplantationsaufschub fatal gewesen wäre. Kurzfristig wurde auf ein Notfalltransplantat mit weniger als 2.000 Zellen pro Quadratmillimeter zurückgegriffen.

„Die Ärzte haben gar nicht erwartet, dass mein Auge das Transplantat annimmt“, erinnert sich Viviane an das Arzt-Patienten-Gespräch nach der Operation. Doch Widererwarten der Experten, kann Viviane wenige Wochen nach dem Eingriff Anfang November 2019 sogar wieder Farben erkennen. Etwas, was ihr mit dem bemerkbaren Krankheitsbeginn zwei Monate zuvor schwergefallen war.

Die Wahl-Leipzigerin durchlebte eine Odyssee: Eine über drei Wochen andauernde Behandlung gegen eine zunächst vermutete Akanthamöbeninfektion sollte sich als unwirksam erweisen.

Dank der Unterstützung und der Beharrlichkeit einer guten Freundin, wurde Viviane als Notfall in das UKH eingeliefert, wo sie sich von Beginn an

„gut aufgehoben“ fühlte. Unter einem Konfokalmikroskop, einem speziellen Lichtmikroskop, wurde dann eine bereits stark fortgeschrittene Pilzinfektion festgestellt.

Um das Schlimmste zu verhindern, entschied sich das Ärzteteam um Prof. Dr. Arne Viestenz, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Augenheilkunde, ein provisorisches Transplantat einzusetzen. Eine Spenderhornhaut, die **weniger als 2.000 Zellen** pro Quadratmillimeter und **eine optische Zone von sieben Millimeter** aufwies – und damit weit unter den gängigen Qualitätsanforderungen vieler Transplantateure lag. Solche dienen gewöhnlich als Übergangslösung, um primär den Erhalt des Auges zu sichern.

Die Volltransplantation verlief komplikationsfrei. Weder lösten sich Nähte, noch zeigte Viviane Entzündungs- oder Abstoßungsreaktionen. Noch gleiche das Sehen auf dem operierten Auge dem Blick durch leicht beschlagenes Glas, „*doch das wird*

immer besser“, berichtet Viviane ein halbes Jahr nach der Transplantation.



Fachlich sowie menschlich weiß Viviane Prof. Viestenz zu schätzen, dessen „*positive und kompetente Ausstrahlung*“ ihr Mut machte.

Mit Erfolg: Bereits Anfang 2020 konnte die ehemalige Krankenschwester wieder ihrer eigentlichen Passion, dem Yoga, nachgehen. Ihren rund 200 Kursteilnehmern möchte sie die Scheu vor der Gewebespende nehmen. Denn für sie sei der altruistische Akt ein Mantra, das es zu verinnerlichen gelte: „*Ich finde das ist Yoga. Das ist Nächstenliebe*“.



Zuwachs am DGFG Standort Hannover

Zwei Mitarbeiterinnen verstärken seit Frühjahr die Teamassistenz und die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in Hannover.



Seit dem 2. März gehört Irina Sidorova zur dreiköpfigen Teamassistenz. Am Verwaltungssitz in Hannover kümmert sie sich unter anderem um die Rechnungserstellung, das Mahnwesen, die Abrechnungen der externen Abnehmer und unterstützt das Team, wo immer ihre Hilfe benötigt wird. Die herzliche Aufnahme bei der DGFG hat ihr den aufgrund der COVID-19-Pandemie erschwerten Start erleichtert. Erst jetzt – im Zuge der Lockerung vieler Schutzmaßnahmen – kann die aus Hamburg Zugezogene die niedersächsische Landeshauptstadt richtig kennenlernen.



Am 24. Februar startete Nathalie Schwertner in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und wird Kristin Becke während der Elternzeit vertreten. Die gebürtige Harzerin lebt seit dem Studium in Hannover. Gesamtgesellschaftlich relevante Themen liegen ihr am Herzen: So berichtete sie vor wenigen Jahren noch als Redakteurin über die Gewebespende. Mit dem Seitenwechsel vom Journalismus in die PR kann sie der Aufklärung über die Gewebespende nun vollends nachgehen.

Aufklärung digital: Der virtuelle Tag der Organspende

Auch in Krisenzeiten klärt die DGFG über die Gewebespende auf. Der diesjährige Tag der Organspende fand am 6. Juni nicht wie geplant in Halle, sondern auf den heimischen Bildschirmen statt. Im Live-Chat beantworteten Sonja Tietz, ärztliche Regionalleitung, und Julia-Maria Blesin, PR-Referentin, die Fragen von Interessierten. Ein Auszug aus dem Chat:

Kann ich unter Umständen auch Gewebe spenden, auch wenn ich keine Organe spenden kann?

Es ist Ihre persönliche Entscheidung, ob und welche Organe und Gewebe Sie spenden möchten. Sie können beispielsweise auf dem Organspendeausweis Gewebe/Organe ausschließen. Eine Gewebespende ist nach dem Herzkreislauf-Stillstand, auch ohne Organspende möglich.

Zu den Augen: Wird nicht nur die Hornhaut entnommen?

In den meisten Fällen wird das gesamte Auge entnommen und mit einer Prothese aus Glas in der Augenfarbe des Spenders ersetzt. Transplantiert wird nur die Augenhornhaut.

Wird das Transplantat dann verkauft?

Nein! Die Spende und Vermittlung von Geweben unterliegen dem Handelsverbot.

Das sind wir, die DGFG!

Das größte Netzwerk für Gewebemedizin in Deutschland.



Die DGFG ist eine unabhängige und gemeinnützige Gesellschaft. Von 1997 bis 2007 organisierten wir noch als Tochter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als gemeinnützige Gesellschaft für Gewebetransplantation (DSO-G) die Gewebespende in Deutschland. Durch das Inkrafttreten des Gewebegesetzes 2007 kam es zur vollständigen räumlichen und rechtlichen Trennung von der DSO und zur Gründung der DGFG. Wir haben seitdem ein Netzwerk zahlreicher deutscher Kliniken, Gewebebanken und transplantierender Einrichtungen aufgebaut. Deutschlandweit versorgen wir rund 120 Transplantationsprogramme mit Augenhornhäuten, 35 Kliniken mit Herzklappen und Blutgefäßen und ca. 40

Einrichtungen mit Amnionpräparaten. Wir koordinieren die Gewebespende bundesweit an 31 Standorten. Der Hauptsitz der DGFG ist in Hannover. Jede medizinische Einrichtung in Deutschland kann Gewebe von der DGFG beziehen. Gesellschafter der DGFG sind die Universitätskliniken Dresden, Leipzig und Rostock, die Medizinische Hochschule Hannover sowie das Dietrich-Bonhoefer-Klinikum Neubrandenburg.

Besuchen Sie uns doch mal im Internet!
www.gewebenetzwerk.de
 Dort finden Sie auch unseren Film zur Gewebespende!



Termine

Datum	Veranstaltung
11.-12. September 2020	2. Baltic Sea Eye Conference, Rostock
16.-18. September 2020	53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI), virtuell
08.-10. Oktober 2020	DOG 2020 – 118. Kongress der DOG, virtuell

Für eine bessere Lesbarkeit der Texte verwenden wir die männliche Form bzw. den Plural. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer eingeschlossen.

Impressum

DGFG- Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation
 Gemeinnützige Gesellschaft mbH
 Feodor-Lynen-Str. 21
 30625 Hannover
 Tel. 0511-563 559 30
 E-Mail: erleben@gewebenetzwerk.de
www.gewebenetzwerk.de
 Redaktion&Layout: Julia-Maria Blesin & Nathalie Schwertner