

# herzblatt



2.2025

Leben mit angeborenem Herzfehler | Deutsche Herzstiftung e. V.

Mit  
**Bastelanleitung**  
für ein  
**Stethoskop**

## Medizin im Fokus

Herzgeräusche im Kindes-  
und Jugendalter

## Psychologie

Versorgung vor einer  
Herztransplantation

## Porträt

Dem Leben wieder  
einen Sinn geben





## **Bedeutung der psychosozialen Versorgung vor einer Herztransplantation**

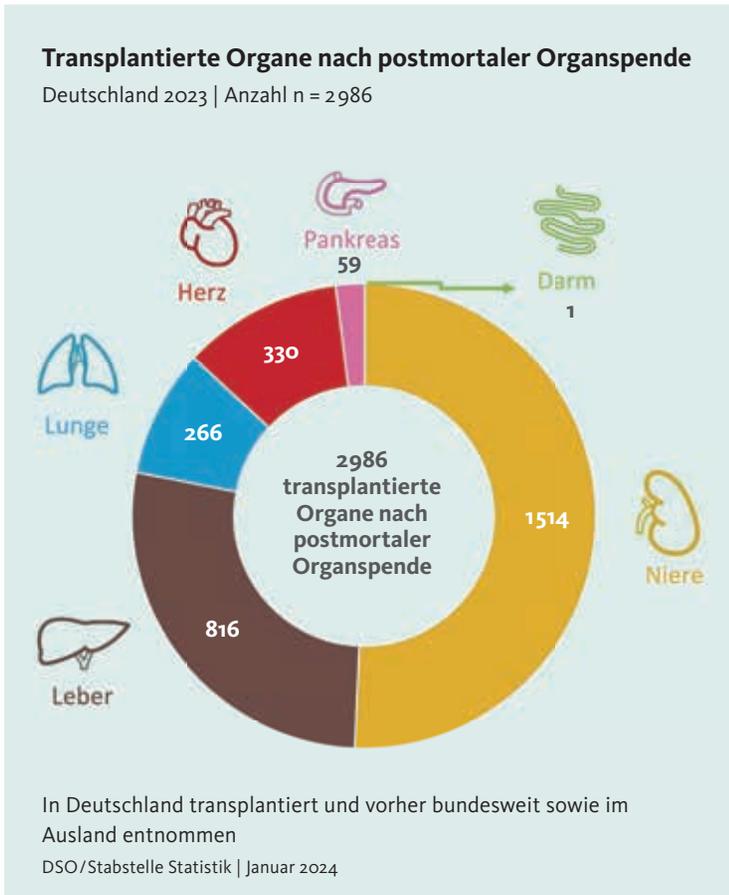


Die leitende Psychologin Dr. Hannah Ferentzi im Gespräch mit einer Mutter und ihrer kleinen Tochter

Ein Team der Psychokardiologie des Deutschen Herzzentrums der Charité (DHZC) in Berlin hat einen neuen Leitfaden zur psychosozialen Versorgung von Patienten vor einer Herz- und/oder Lungentransplantation entwickelt. Die beiden Autorinnen Dr. Hannah Ferentzi und Professorin Katharina Schmitt beleuchten im *herzblatt*-Beitrag zentrale Aspekte der psychosozialen Unterstützung.

**W**eiterleben – dieses Wort sagt alles. Was 1967 mit der weltweit ersten erfolgreichen Herzverpflanzung an einem Menschen im Groote Schuur Hospital in Kapstadt begann, gilt heute als Routineoperation. Auch für Betroffene mit einem schweren angeborenen Herzfehler und einer fortgeschrittenen, nicht heilbaren Herzschwäche haben sich dadurch neue Chancen aufgetan. Trotz beeindruckender Erfahrungswerte und der Erfolge der Transplantationsmedizin darf jedoch nicht vergessen werden, dass sich die betroffenen Patienten und ihre Angehörigen in einer absoluten Ausnahmesituation mit großen Ängsten und Sorgen befinden. Dazu kommt, dass Spenderherzen rar sind und die Wartezeiten für Transplantationen in Deutschland lang. Eine teamübergreifende psychosoziale Begleitung vor einer Herztransplantation eröffnet deshalb große Chancen.

In den 43 deutschen Transplantationszentren wurden 2024 insgesamt 3 013 Organe nach postmortaler Spende aus Deutschland und dem Eurotransplant-Verband transplantiert. Damit wurde bundesweit insgesamt 2 902 schwer kranken Patientinnen und Patienten durch ein oder mehrere Organe eine bessere Lebensqualität oder sogar ein Weiterleben geschenkt. Gleichzeitig stehen in Deutschland 8 260 Menschen auf den Wartelisten für eine Organübertragung.



Der Mangel an Spenderorganen lenkt die Aufmerksamkeit auf die Regelungen und Zuteilungsverfahren der Patienten. In Deutschland wird die bundesweite Koordination der Organspende von der Deutschen Stiftung Organtransplantation in sieben verschiedenen Zuständigkeitsbereichen organisiert. In 22 der 43 Transplantationszentren werden thorakale, also zum Brustraum gehörige Organe transplantiert.

### Zuteilung verfügbarer Organe in Deutschland: rechtlicher Hintergrund

Die rechtliche Grundlage für die Organvergabe in Deutschland ist das Transplantationsgesetz (TPG), das seit dem 1. Dezember 1972 in Kraft ist. Gemäß Paragraph 16 TPG formuliert die Bundesärztekammer (BÄK) organspezifische Richtlinien für die Aufnahme auf die Warteliste und die Organvergabe. In Paragraph 10 TPG wird festgelegt, dass Transplantationszentren verpflichtet sind, Patienten vor und nach einer Organtransplantation psychologisch zu betreuen. Darüber hinaus legt Paragraph 12 TPG fest, dass die Aufnahme auf die Warteliste nach Regeln zu entscheiden ist, die dem

Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht. Das TPG gibt keinen direkten Hinweis auf die Relevanz psychosozialer Faktoren für die Beurteilung der Dringlichkeit und der Erfolgsaussichten. Die Richtlinien der BÄK gehen jedoch auf beide Grundsätze ein und beziehen psychosoziale Faktoren mit ein, sodass die Beurteilung der Erfolgsaussicht über die rein medizinische Situation hinausgeht.

Konkret heißt es in der Leitlinie für die Herz-, Herz-Lungen- und Lungentransplantation derzeit (A.I.6.): „[...]Bei der Entscheidung über die Aufnahme ist jeweils zu prüfen, ob die individuelle medizinische Situation des Patienten, sein körperlicher und seelischer Gesamtzustand den erwünschten Erfolg der Transplantation erwarten lassen: das längerfristige Überleben, die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und die verbesserte Lebensqualität. Für diese Beurteilung sind die Gesamtumstände zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die Adhärenz.“

Darüber hinaus ist nach der Leitlinie für die Herz- und Herz-Lungen-Transplantation die Beurteilung durch eine psychosoziale Fachkraft erforderlich, bevor die Transplantationskonferenz die Aufnahme eines Patienten auf die Warteliste zum Beispiel wegen fehlender Therapietreue (Adhärenz) ablehnen könnte. Bei der Lungentransplantation ist unabhängig vom Adhärenzstatus immer eine Stellungnahme zur psychosozialen Situation als Voraussetzung für die Aufnahme auf die Warteliste zur Lungentransplantation erforderlich. Dies wird in der Richtlinie anhand der hohen Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen bei potenziellen Empfängern von Lungentransplantaten erklärt. Die Leitlinien für die Lungentransplantation sind auch im Hinblick auf spezifische psychosoziale Anforderungen weiter gefasst. So wird bei Personen mit schädlichem Substanzkonsum oder einer Substanzkonsumstörung vor der Aufnahme auf die Warteliste eine sechsmonatige Abstinenz gefordert, die durch ein negatives Laborergebnis belegt werden muss, während für begründete Fälle unter Berücksichtigung der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht eine Ausnahme formuliert wird.

### Dringlichkeit und Erfolgswahrscheinlichkeit: ein juristischer Diskurs

Die beiden Juristen Professor Gerhard Dannecker und Dr. Anne Franziska Streng-Baunemann erörtern die rechtlichen Überlegungen zu den Kriterien Dringlich-

keit und Erfolgsaussicht. Auf einer konzeptionellen Ebene stehen beide Kriterien im Widerspruch zueinander: Je dringlicher der Fall ist, desto unwahrscheinlicher ist eine erfolgreiche Organtransplantation, da die körperlichen Beeinträchtigungen schwerer sind. Folglich ist die Entwicklung komplexer medizinischer Entscheidungsregeln notwendig, um beide Faktoren optimal abzuwägen. Die Autoren stellen fest, dass nach der bestehenden Literatur die individuelle Dringlichkeit aufgrund der unmittelbaren Relevanz der Organvergabe für die Lebenschancen und damit direkt grundrechtrelevant ist, das heißt für den Grundsatz der Lebenswertindifferenz gemäß Bundesverfassungsgericht (insbesondere Art. 1(1), Art. 2(2), und Art. 3.1).

Diesem Grundsatz zufolge ist jedes Leben gleich wertvoll und darf keiner Bewertung oder quantitativen Abwägung unterzogen werden. Folglich darf die Erfolgswahrscheinlichkeit nur so weit berücksichtigt werden, dass ein minimaler Nutzen gewährleistet ist, das heißt Personen mit einem nur minimalen Gewinn an Lebensqualität, Lebenserwartung und Dauer der Organfunktion werden zurückgestellt. Dannecker und Streng-Baunemann haben diese Aussage nuanciert: Das Zuteilungskriterium (Allokationskriterium) Erfolgswahrscheinlichkeit ist nicht mit dem Konzept der Lebenswertindifferenz vereinbar, wenn es in den Dienst einer utilitaristischen Maximierung der Organfunktionsraten im Patientenkollektiv gestellt wird. Es ist jedoch nach Ansicht der Autoren mit diesem Prinzip vereinbar, wenn es als integraler, also ausschlaggebender Abwägungsprozess angewandt wird, der – in Verbindung mit dem Dringlichkeitskriterium – auf eine Maximierung der Zahl der geretteten Organempfänger abzielt.

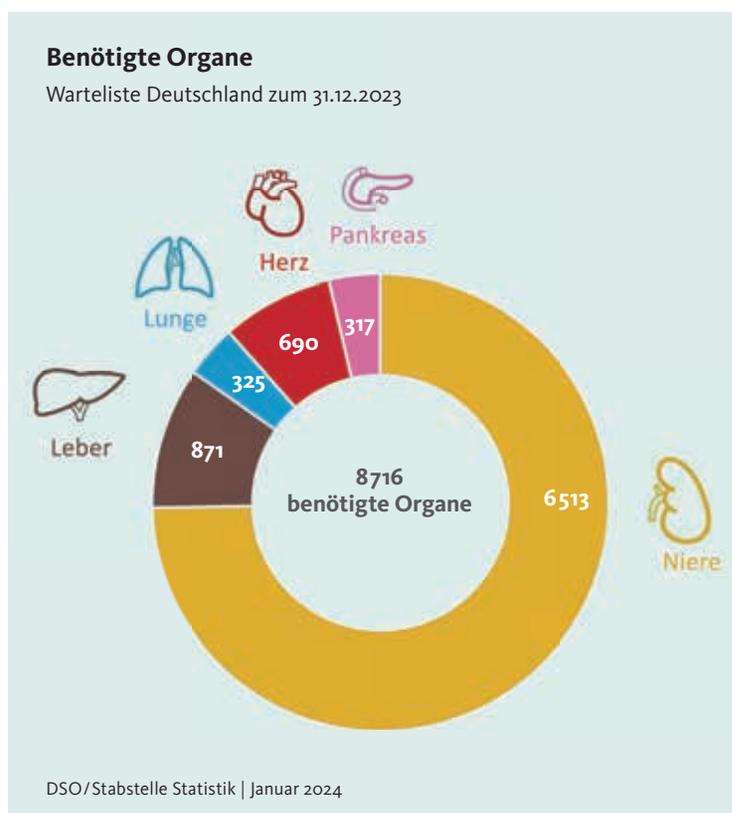
### Psychosoziale Bewertung und psychologische Versorgung

Psychologen sind gemäß ihren berufsethischen Grundsätzen dem Wohlergehen der ihnen anvertrauten Personen verpflichtet. Die gesetzliche Verpflichtung, eine Stellungnahme zur psychosozialen Situation und damit eine Expertenbewertung abzugeben, führt potenziell zu ethischen Konflikten, da sie dazu beitragen kann, dass sich die klinikinterne Transplantationskonferenz (vorübergehend) gegen die Aufnahme des Patienten auf die Warteliste entscheidet, was unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit und das Überleben haben kann. Daher ist es für Krankenhäuser unerlässlich, Rah-

**Um der existenziellen Bedeutung der Organtransplantation gerecht zu werden, ist darüber hinaus eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung wichtig, mit dem Ziel, psychosoziale Barrieren für die Aufnahme auf die Warteliste abzubauen und damit für eine optimale medizinische Behandlung zu überwinden.**

menbedingungen zu schaffen, die die berufliche Integrität der psychosozialen Fachkräfte gewährleisten. Auf formaler Ebene halten wir eine personelle Trennung zwischen psychosozialer Evaluation und psychologischer Versorgung (Heilung und Entlastung, zum Beispiel Interventionen zur Erreichung der Therapietreue) und entsprechend getrennter Dokumentation für den Goldstandard, um einem möglichen Rollenkonflikt vorzubeugen. Dies kann beispielsweise durch die Implementierung, also das Einsetzen, getrennter Teams oder die Beauftragung externer Psychologen für die psychosoziale Evaluation erfolgen.

Um der existenziellen Bedeutung der Organtransplantation gerecht zu werden, ist darüber hinaus eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung wichtig,





Entscheidungen im Team eröffnen Perspektiven.

**Der interdisziplinäre Dialog steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Nur wenn dieser Dialog gelingt, kann das beste Therapieergebnis für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten erzielt werden.**

mit dem Ziel, psychosoziale Barrieren für die Aufnahme auf die Warteliste abzubauen und damit für eine optimale medizinische Behandlung zu überwinden. Diese Haltung zur psychosozialen Evaluation wird von den Autoren der deutschen „Leitlinie zur Psychosozialen Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten vor und nach der Organtransplantation“ geteilt, die einen umfassenden Rahmen bietet: Nach Ansicht der Autoren kann eine umfassende psychosoziale Evaluation wichtige Aspekte der psychosozialen Situation frühzeitig aufdecken und so einen ganzheitlichen Versorgungsansatz ermöglichen.

Darüber hinaus stellen die Autoren fest, dass kritische Ergebnisse der psychosozialen Evaluation nicht als

generelle Ausschlusskriterien für die Aufnahme auf die Transplantationswarteliste verwendet werden, sondern eine professionelle psychosoziale Betreuung und damit die Aufnahme auf die Warteliste erleichtern sollten. In ähnlicher Weise stellt Carine Poppe fest, dass eine diagnostische Bewertung eine „Status-quo-Beobachtung“ des psychologischen Funktionierens von Personen und ihrer Motivation für gesundes Verhalten ist. Die Psychologin geht davon aus, dass der Mensch ständig lernt und sich das Gesundheitsverhalten durch entsprechende Unterstützung weiterentwickelt. Folglich betont die Autorin, dass die wichtigste Konsequenz einer guten psychologischen Beurteilung nicht darin besteht, Kontraindikationen zu formulieren, sondern eine maßgeschneiderte professionelle Unterstützung zu bieten, die den Patienten auf die Operation vorbereitet und ihn während seines medizinischen Werdegangs begleitet.

**Entscheidung im fachübergreifenden Team**

Aufgrund der komplexen zeitlichen Dynamik in Bezug auf die individuelle medizinische Situation (beispiels-

weise bei der Verschlimmerung der Krankheit) und psychologischen Interventionen (etwa Psychotherapie bei Substanzkonsumstörung wie Drogen- oder Alkoholsucht) ist eine kontinuierliche Kommunikation innerhalb des interdisziplinären Teams in jedem Krankenhaus von entscheidender Bedeutung. Denn nur so kann die Versorgung optimiert werden, womit Zeitpunkt und Art der medizinischen und psychologischen Interventionen gemeint sind. Dies ist besonders wichtig in Fällen, die eine rasche medizinische Entscheidung erfordern, beispielsweise die Implantation einer extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) als lebensrettende Maßnahme und Brücke zur Transplantation. Die Bemühungen, das Leben einer Person zu retten, müssen in manchen Fällen notwendigerweise einer ausführlichen psychosozialen Bewertung und gegebenenfalls psychosozialen Intervention vorausgehen. Wir argumentieren, dass in diesen Fällen die medizinische Dringlichkeit Vorrang vor potenziellen psychosozialen Risikofaktoren oder sogar Kontraindikationen haben muss, um die berufliche Integrität sowohl von Ärzten als auch von psychosozialen Fachkräften zu wahren, was auf die Notwendigkeit formalisierter Entscheidungsprozesse und -protokolle hinweist.

Darüber hinaus sollte, nicht zuletzt angesichts des Organmangels, eine evidenzbasierte Palliativversorgung frühzeitig integriert werden, um die Patienten durch einen informierten Entscheidungsprozess und eine vorbereitende Behandlungs- und Pflegeplanung zu unterstützen. Generell müssen für diesen komplexen Bereich finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgung auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu unterstützen. Wirtschaftliche Zwänge wie struktureller Personalmangel im Gesundheitswesen, auf Leistungsindikatoren basierende Vorschriften für die Gesundheitsversorgung und lange Wartelisten für psychotherapeutische Interventionen wirken den Bemühungen um eine optimale Integration psychosozialer und medizinischer Entscheidungsprozesse und Versorgung entgegen.

### Neuer Leitfaden der Klinik als Rahmen

Die optimale medizinische und psychosoziale Betreuung von Kandidaten für eine thorakale Organtransplantation ist angesichts des erheblichen Organmangels, der komplexen Entscheidungsprozesse bei der Aufnahme auf die Warteliste und der fehlenden strukturellen

Ressourcen in Deutschland eine Herausforderung. Im interdisziplinären Kontext der Transplantationsmedizin ist es von großer Bedeutung, eine einheitliche, transparente und verständliche Sprache zu sprechen. In unserem Zentrum haben wir eine Klinikleitlinie zur psychosozialen Beurteilung und Betreuung von Transplantationskandidaten auf der Basis vorhandener nationaler und internationaler Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen erstellt. Dieser Leitfaden bietet einen konkreten Rahmen für Arbeitsabläufe, Entscheidungsregeln und Dokumentation für Psychologen. Der interdisziplinäre Dialog steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Nur wenn dieser Dialog gelingt, kann das beste Therapieergebnis für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten erzielt werden.



**Dr. rer. medic. MSc. Hannah Ferentzi** (links) ist leitende Psychologin am Deutschen Herzzentrum der Charité. Ihre Arbeitsbereiche sind die Psychokardiologie und Entwicklungspädiatrie.  
Kontakt: hannah.ferentzi@dhzc-charite.de

**Professorin Dr. med. Katharina Schmitt** (rechts) ist Fachärztin für Kinderkardiologie mit den Zusatzbezeichnungen für Intensivmedizin und „EMAH – Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern“. Sie leitet die Psychokardiologie an der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Deutschen Herzzentrums der Charité (DHZC) und ist bundesweit die erste W3-Professorin für Entwicklungspädiatrie in der Herzmedizin.  
Kontakt: katharina.schmitt@dhzc-charite.de

#### Quellen

- Dieser Text ist die deutsche, leicht veränderte Fassung eines Beitrags aus „Transplantation“. Ferentzi, H. und Schmitt, K. (2024): The Psychosocial Care for Candidates for Thoracic Transplantation in Germany: An Interdisciplinary Viewpoint. doi: 10.1097/TP.0000000000005317.
- Wer Fragen zum neuen Handbuch hat, kann sich an Dr. Hannah Ferentzi wenden.
- Lesen Sie zum Thema Transplantation auch „Dominiks Brücke zurück ins Leben“ in *herzblatt* 4.2024. Sie können die Ausgabe kostenlos bei der Herzstiftung anfordern (Telefon 069 955128-400 oder per E-Mail an [bestellung@herzstiftung.de](mailto:bestellung@herzstiftung.de)).