



# LEBENS LINIEN

Informationen der Selbsthilfe

Lebertransplantierter Deutschland e. V.

NR 1'2000

# INHALT

## [TRANSPLANTATIONS·MEDIZIN]

- [4] **Lebendspende und Ethikkommission** Hürden und Hilfen
- [10] **Lebertransplantation bei Cystenleber** Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, Erfahrungen
- [12] **Start ins Jahr 2000 mit einer neuen Leber** Heidrun Rüffer berichtet
- [13] **Transplantationschirurgie in Mainz** Eine neue Abteilung stellt sich vor
- [14] **Xenotransplantationsforschung** Höheres Infektionsrisiko?

## [HEPATOLOGIE]

- [15] **Grundlagen der Leberfunktion** Wie funktioniert unser größtes Organ?
- [17] **Hepatitis C und B nach Ltx** Prophylaxe und Management
- [19] **Leberdiagnostik** Die Computertomografie
- [22] **Unser Blut** Roter Saft mit bedeutungsvollem Inhalt

## [TRANSPLANTATIONSGESETZ·ORGANSPENDE]

- [24] **Eine Ausstellung fürs Leben** Stimmungsvolle Fotografien
- [25] **Das Transplantationsgesetz ist 2!** Ein Grund zum Glückwunsch?
- [26] **20 Jahre Arbeitskreis Organspende** 37 Mitgliedsorganisationen
- Streetwork für Organspende** Läuft das Projekt aus?
- [27] **Transplantationsgesetz** Bericht aus den Ländern
- Spitzensportler werben für Organspende** Ein hilfreiches Engagement
- [28] **Die Ware Mensch** Hirntod, Organspende und die Zweifel

## [GESUNDHEIT & SOZIALES]

- [30] **Gesundheitsreform 2000** Was ist neu daran?
- [32] **Betreuungsvollmacht und Patientenverfügung** Wenn man selbst nicht mehr handeln kann

## [GEIST·KÖRPER·SEELE]

- [34] **Ein außergewöhnliches Jahr 1999** Ein Brief zum Jahresende
- [35] **Wartezeit** Gedanken und Gefühle
- [36] **Wir gedenken unserer Toten** Kranzniederlegung in Schwäbisch Hall
- [37] **Plötzlich hat man viel Zeit** Sonett an das Licht – Unvorhergesehenes

## [VEREINSGESCHEHEN]

- [38] **Ausscheidende Vorstandsmitglieder** Dank der Vorsitzenden
- [39] **Aktivitäten der Ansprechpartner Nord**
- [41] **Aktivitäten der Ansprechpartner Süd**

## [VERMISCHTES]

- [45] **Mailbox**
- [46] **Tessin, das Vorzimmer zum Mittelmeer** Ein Reisebericht
- [48] **Wir danken unseren Förderern und Sponsoren**
- [49] **Impressum, Termine, Wie werde ich Mitglied?**
- [50] **Adressen** Verein, Vorstand, Ansprechpartner, Fachbeiräte

# EDITORIAL

## LEBENSLINIEN

### JUNI 2000

**Liebe Mitglieder, Angehörige, Förderer  
und Interessierte!**

#### **Die Mitgliederversammlung...**

Ist das oberste Organ unserer Organisation. Somit ist sie zu wichtigen Entscheidungen im Interesse des Vereins zu befragen und entscheidet bei dem jährlichen Treffen mit der Entlastung und Neuwahl des Vorstandes über abgelaufene und zukünftige Arbeit. Gerda Schieferdecker als Gründungsmitglied, Josef Theiss als langjähriges Mitglied und Helmut Beckmann schieden aus dem Vorstand aus (Näheres siehe S. 38). Jutta Riemer, Heinz Reiter und Gerhard Heigoldt wurden als neue Mitglieder des Vorstandes gewählt.

Nach einem Vortrag mit anschließender Diskussion zum Thema „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe Lebertransplanter“ (s. Editorial 2/99) beauftragte die Mitgliederversammlung einstimmig ohne Gegenstimme bei einer Enthaltung den Vorstand, mit anderen Betroffenenverbänden im Bereich Lebererkrankung/Lebertransplantation in Verhandlung zu treten, um die Gründung eines Dachverbandes zu erreichen. Der Dachverband soll die Eigenständigkeit der Mitgliedsorganisationen wahren und vorrangig der Interessenvertretung der Patienten auf politischer Ebene dienen.

#### **Den Fortschritten in der Nachrichten- und Informationsübermittlung...**

Kann sich auch eine Selbsthilfeorganisation nicht verschließen. Seit nahezu einem Jahr haben wir eine eigene Internetseite, die von einem kleinen Mitglieder-Team unter Leitung von Uli Kraus betreut und aktualisiert wird. Schauen Sie 'mal öfter rein, informieren Sie sich, nutzen Sie den Fortschritt. Neben der Email-Adresse [info@lebertransplantation.de](mailto:info@lebertransplantation.de) der Vorsitzenden sind viele weitere Vorstandsmitglieder und Ansprechpartner über weitere eigene Email-Adressen erreichbar. Doch auch Briefe, Karten, Faxe und Telefonanrufe werden weiterhin selbstverständlich beantwortet.



**Nun viel Freude beim Lesen  
der Lebenslinien 1'2000**

**Ihre Jutta Vierneusel**

# Lebenspende und Ethikkommissionen

## Hürden und Hilfen einer Behandlungschance



Mit dem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG) hat die gesetzgeberische und gesellschaftliche Intention, Transparenz und Rechtssicherheit in der Transplantationsmedizin zu schaffen, am 1. Dezember 1997 eine rechtliche Regelung erfahren, die in ihrer Zielsetzung auch einer deutlichen Steigerung der Organspendebereitschaft der Bevölkerung Beitrag leisten soll.

### Rechtssicherheit in der Transplantationsmedizin durch das Transplantationsgesetz

Eine Reihe essentieller Vorgaben des TPG sind auch rund fünf Monate nach der am 1.12.1999 abgelaufenen 2-Jahres-Übergangsfrist noch unzureichend rechtlich und praktisch umgesetzt worden. Dies betrifft auch die Regeln zur Lebenspende und die dafür einzurichtenden Ethikkommissionen, für die das Transplantationsgesetz in § 8 die nähere Regelung dem Landesgesetzgeber überlassen hat.

Landesrechtliche Ausführungsgesetze gemäß § 8 III 2 TPG für die Lebenspende liegen nach den der Verfasserin zur Verfügung gestellten Auskünften und Gesetzesmaterialien der Landesministerien erst in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein vor. Im Saarland wurde ein entsprechender Gesetzesentwurf verabschiedet, jedoch noch nicht verkündet, in Mecklenburg-Vorpommern liegt ein Gesetzesentwurf zur Beratung vor, mit dessen möglicher Verabschiedung jedoch

nicht vor dem Sommer 2000 zu rechnen ist. In Thüringen und Hessen befinden sich die landesrechtlichen Regelungen sogar noch in Vorbereitung. Für Sachsen-Anhalt liegt eine landesrechtliche Regelung ebenfalls noch nicht vor, die Kommission arbeitet dort derzeit auf der Grundlage einer Art ministeriellen „Leitfadens“, dessen Rechtsverbindlichkeit angesichts des Gesetzesauftrages nicht genügen kann. Für die an der Lebendspende beteiligten Ärzte, Transplantationszentren und vor allem Patienten (Spender und Empfänger) führt dies zu erheblichen Rechtsunsicherheiten und unterschiedlichen Handhabungen, je nachdem in welchem Bundesland betroffene Spender und Empfänger wohnen.

Zuständig für die Errichtung der Kommissionen werden die jeweiligen Landesärztekammern sein, in Sachsen-Anhalt hingegen das Landesamt für Versorgung und Soziales.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die Lebendspende eigentlich nur subsidiär zulässig sein. Schon vor dem aktuellen Rückgang der Zahl realisierter Organtransplantationen hat die Lebendspende von Organen bei der Nierentransplantation und der Leber(split)Transplantation aber wegen der nicht für alle Patienten ausreichenden Zahl postmortal zur Verfügung stehender Organe einen steigenden Stellenwert als Behandlungsalternative erreicht.

Mit den zu Jahresbeginn veröffentlichten Kriterien der BÄK (Bundesärztekammer) für die Aufnahme auf die Warteliste bei den Transplantationszentren und die spätere Vermittlung von Organen an die auf den Wartelisten dann aufgenommenen Patienten wird dieser noch verstärkt werden, weil die Kriterien den Zugang auf die Warteliste einschränken. Daraus entstehen praktische und rechtliche Konsequenzen, die in einem gesonderten Beitrag behandelt werden. Der behandelnde Arzt und das Transplantationszentrum haben die Pflicht, den Patienten auf die „Behandlungsalternative Lebendspende“ hinzuweisen.

Trotzdem sind die strengen Zulässigkeitsvoraussetzungen nach § 8 III 2 TPG einzuhalten.

Der Lebendspender muß ein Angehöriger des Empfängers oder eine diesem insbesondere in persönlicher Verbundenheit nahestehende Person, sowie volljährig und einwilligungsfähig sein. Er ist in gesetzlich näher bestimmter Weise aufzuklären und muß in die Entnahme eingewilligt haben. Außerdem muß er nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet und darf voraussichtlich nicht über das allgemeine Operationsrisiko hinaus gefährdet sein.

**D**as Bundesverfassungsgericht hat mit insgesamt sechs Beschlüssen zu einzelnen Fragen des TPG Stellung genommen, von denen drei auch für die praktische Umsetzung der Regeln für die Lebendspende und ihre restriktive Anwendung bedeutsam sind.

## Verfahrens- und Geschäftsordnungen

Einer der wichtigen Punkte für Patienten bei der Lebendspende ist, daß Ethik-Kommissionen eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte für Zweifel an der Freiwilligkeit der Lebendspende oder für einen möglichen Organhandel bestehen.

Nähere Einzelheiten zur Zusammensetzung und Verfahrensweise der Kommission sollen in den landesgesetzlichen Regelungen und den Verfahrens- und Geschäftsordnungen der Landesärztekammern und der Kommissionen festgelegt werden. Ein Vergleich der erst teilweise vorliegenden Regelungen zeigt, daß diese in ihren Ausgestaltungen gravierend voneinander abweichen. Das betrifft vor allem:



» Die Voraussetzungen der Einleitung des Verfahrens der Kommission und den Prüfungsgegenstand und die vorzulegenden Nachweise: sie greifen damit unterschiedlich weit in die persönlichen Daten und Lebensverhältnisse ein.

» Die Amtszeit ihrer Mitglieder: sie sammeln damit unterschiedlich intensive praktische Erfahrung bei kürzerer Amtszeit, eine für Patienten ungünstigere Kommissionspraxis bei längerer Amtszeit bleibt dagegen auch länger bestehen.

» Die getrennte oder gemeinsame Anhörung von Spender und Empfänger, teilweise nur eine fakultative Anhörung des Empfängers: von Betroffenen wird eine Anhörung vielfach als eine Art „Prüfungssituation“ empfunden werden. Hier hängt von ihr zudem die Hilfe des Angehörigen oder für diesen ganz entscheidend ab.

**Der Lebendspender muß ein Angehöriger des Empfängers oder eine diesem insbesondere in persönlicher Verbundenheit nahestehende Person, sowie volljährig und einwilligungsfähig sein.**

**I**m Gegensatz zu den rein medizinischen und nicht beeinflussbaren Daten erscheint der Verlauf einer Anhörung als nur von ihnen selbst abhängig und ist damit belastend: werden die Antworten genügen,

um eine positive Stellungnahme zu bekommen? Oder verhält man sich vielleicht falsch und die Kommission lehnt nur deswegen eine Lebendspende ab? Es macht deswegen einen ganz wichtigen Unterschied, ob auch der Empfänger angehört werden muß, um so dazu beitragen zu können, daß eine positive gutachtliche Stellungnahme von der Kommission erfolgt; auch für den Spender kann es einen Unterschied machen, ob er zusammen oder getrennt von dem Empfänger vielleicht mehr oder weniger befangen oder aufgeregt angehört werden wird. Dies kann aber auch umgekehrt der Fall sein, wenn der Empfänger einerseits zwar froh über die Bereitschaft des Lebendspenders ist, es aber zugleich als belastend empfindet, sich dem Lebendspender dann verpflichtet zu fühlen oder ihn dadurch einem Risiko auszusetzen.

» Die Auswahl der Person des Vorsitzenden der Kommission: so können sich durchaus unterschiedliche Sichtweisen bewußt

oder unbewußt danach ausprägen, ob der Vorsitzende der Kommission der Mediziner oder der Jurist sein werden.

» Die Regelung der Entscheidungsfähigkeit der Kommission: ist eine einstimmige Beschlußfassung notwendig oder genügt bereits eine Mehrheitsentscheidung ?

» Die Anhörung und die Entscheidung in Eilfällen: auch in dringenden Fällen wie „high-urgent“-Patienten kann es denkbar sein, daß ein Organ über die Warteliste nicht rechtzeitig erwartet werden kann. Es muß möglich sein, dann auch über eine Lebendspende in Einzelfällen kurzfristig zu entscheiden. Wie schnell und auf welchem Weg die eilige Einberufung der Kommission erfolgt, entscheidet dabei möglicherweise darüber, ob die Lebendspende dann rechtzeitig möglich wird. Eine kurzfristige Einberufung der Kommission ist daher sicher wünschenswert; ob aber eine bloß telefonische oder sonstige telekommunikative Anhörung und diese auch nur durch den Vorsitzenden der Kommission wie beispielsweise in Rheinland-Pfalz alleine den Schutzbedürfnissen sowohl des Empfängers wie aber auch des Spenders gerecht wird, muß bezweifelt werden.

» Schließlich spielt auch die Erhebung von erheblich unterschiedlichen Gebühren für die Tätigkeit der Kommission eine Rolle: denn diese Kosten sind von dem jeweiligen Transplantationszentrum zu erbringen; die Gebühren variieren dabei zwischen den Auslagen für Zeugen und Sachverständige zuzüglich einer weiteren Verwaltungspauschale von DM 200,- (z.B. Rheinland-Pfalz) und z.B. DM 1.475,00 in Berlin, oder werden mit besonderen Verfahrensregeln (in Anlehnung an die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen oder Verwaltungsgebühren der Ärztekammern) bestimmt. Sie können noch höher sein, je nachdem ob und wie viele Zeugen und Sachverständige die Kommission bezieht. Wenn aber ein Transplantationszentrum den vielfachen Betrag dessen zahlen muß, was bei einer anderen Kommission durch ein anderes Transplantationszentrum zu bezahlen wäre, ist zu erwarten, daß die Motivation für den Antrag an die Kommission geringer sein wird. Dies prägt eine unterschiedliche Praxis von Lebendspendetransplantationen an den jeweiligen Transplantationszentren zu Lasten der Betroffenen aus. Daß auch Transplantationszentren als Krankenhäuser der obersten Versorgungsstufe faktisch in Wettbewerb zueinander stehen, führt aber nicht dazu, daß trotzdem jedes von ihnen die Lebendspende trotz unterschiedlicher Kosten oder Verwaltungsaufwand für die unterschiedlich aufwendigen Antragsnachweise erbringt, sondern kann im Gegenteil gerade dazu führen, daß bei höherem Aufwand die Lebendspende erheblich weniger zur Anwendung gelangt, als sie in ihrem eng zulässigen Rahmen möglich wäre. Auch wenn die Lebendspende aus guten gesetzlichen Gründen, die bereits eingehend an anderer Stelle dargelegt worden sind und nachfolgend noch kurz angesprochen werden, nur in Ausnahmefällen angewendet werden sollte, so ist es dennoch unannehmbar, daß dabei die Zugangshürden für Patienten willkürlich ungleich wären. Es kann nicht dabei bleiben, daß in der praktischen Umsetzung eine unterschiedlich hohe Zugangshürde zu der Behandlungsmöglichkeit Lebend-

spende je nachdem entsteht, in welchem der Bundesländer der Patient wohnt und natürlich zunächst das am nächsten gelegene Transplantationszentrum mit der organspezifischen Behandlungsmöglichkeit suchen wird. So werden auch die Details der Verfahrensregeln der Kommission die Begutachtung für die Lebendspende erleichtern oder erschweren und das ausdrückliche gesetzliche Ziel bundesweiter Chancengleichheit für die Patienten verhindern. Denn die notwendige vorgesehene Nachbetreuung im Transplantationszentrum wird der Patient schon wegen der Entfernung nicht an einem in einem anderen Bundesland gelegenen Transplantationszentrum vornehmen können, das die Transplantation durchgeführt hat, nur weil dort die Verfahrensregeln der Lebendspendekommission für ihn günstiger war. So bleibt er auf das näher und in seinem Bundesland gelegene Transplantationszentrum und die Verfahrensregeln angewiesen, welche für die dort zuständige Kommission der Landesärztekammer gelten.

**B**esonders problematisch ist die landesrechtliche Regelung für Hamburg anzusehen, die mit dem Transplantationsgesetz nicht vereinbar ist. So sieht Hamburg als Voraussetzung schon für die Einleitung des Verfahrens der Kommission selbst einen ganzen Katalog von Unterlagen zum Nachweis der Zulässigkeit der Durchführung der Lebendspende vor, der von dem antragsbefugten Transplantationszentrum gefordert wird, wie z.B.

- » Dokumente, aus denen sich die Volljährigkeit des Organspenders ergibt,
- » eine Niederschrift über den Inhalt der Aufklärung und Einwilligung des Organspenders nach § 8 II TPG,
- » eine Stellungnahme der antragstellenden Einrichtung dazu, ob der Spender nach ärztlicher Beurteilung als Organspender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet ist oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,
- » sowie eine Stellungnahme dazu, ob die Übertragung des Organs auf den Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Leben des Empfängers zu erhalten oder die beim Empfänger vorliegende schwere Erkrankung zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,
- » eine Sozialanamnese, aus der sich die verwandtschaftlichen und/oder persönlichen Beziehungen des Spenders zum Empfänger ergeben,
- » sowie eine schriftliche Erklärung des Spenders, aus der hervorgeht, daß er aktuell und für die Zukunft gegenüber dem Empfänger keine geldwerten Ansprüche stellt.

**D**ieser Katalog ist nicht einmal abschließend. Die Kommission kann darüberhinaus von der antragstellenden Einrichtung nicht näher festgelegte und damit beliebige Unterlagen, Angaben und sogar Begründungen verlangen.

**Diese Verfahrensordnung ist mit dem geltenden Gesetz nicht in Einklang zu bringen.** Sie verstößt aufgrund ihrer Ausgestaltung als verfahrenseinleitende Antragsvoraussetzung für die Beteiligung der Kommission als zwingende Voraussetzung für die Zulässigkeit der Lebendspende zugleich auch gegen Verfassungsrecht des Patienten. Nach meiner



Auffassung können diese Nachweise nicht von dem Patienten für die Einleitung des Verfahrens verlangt werden. Folglich können sie oder die Zustimmung in ihre Weitergabe auch nicht von dem allein antragsberechtigten Transplantationszentrum von dem Patienten zur Voraussetzung für den Antrag gefordert werden.

Denn Prüfungsmaßstab für die Kommission ist nicht das Vorliegen aller Voraussetzungen des § 8 TPG, sondern ausschließlich die Frage, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte für das Fehlen der Freiwilligkeit der Lebendspende bestehen und für das Vorliegen eines Organhandels. Selbst die gutachtliche Stellungnahme der Kommission wäre für den Arzt, der die Lebendspende durchführen will, nicht bindend. Erst recht aber kann die Kommission dann nicht durch zusätzliche und im TPG selbst nicht geforderte Prüfungskriterien die Stellung einer Art „Superrevisionsinstanz“ für die Zulässigkeit der Lebendspende beanspruchen und damit den Zugang für die im übrigen bundesweit gleich zu behandelnden Patienten (und damit hier der Spender und Empfänger) für ihren Zuständigkeitsbereich erschweren. Dies hätte auch zur Folge, daß Patienten sich erneut überlegen müßten, bei welchem Transplantationszentrum sie sich zur Warteliste für die Vermittlung eines Organs nach § 9 TPG anmelden, um bei (eventuell auch erst später) in Betracht kommender Lebendspende dann von diesem Transplantationszentrum bei einer für sie nach Verfahren und Prüfungsgegenstand vorteilhafteren Lebendspendekommission gem. § 8 TPG „auf Herz und Nieren geprüft“ zu werden. Da das TPG insbesondere eine bundesweite Chancengleichheit für alle Patienten schaffen wollte, steht die Regelung in Hamburg in Widerspruch zu Bundesrecht. Es ist fraglich, ob sie einer verfassungsrechtlichen Kontrolle standhält.

**D**ie Regelung in Hamburg ist von wenig Sensibilität für die gesetzlichen Voraussetzungen des § 8 TPG geprägt, nimmt zu Lasten der Patienteninteressen unzulässige Einschränkungen vor und beweist z.B. ihre fehlende geeignete Umsetzung sehr prägnant auch in § 3 II g) ihrer Geschäftsordnung der kommissarischen „Kommission Lebendspende“: Dort verlangt sie eine Verzichtserklärung des Empfängers gegenüber dem Spender aktuell und für die Zukunft über alle „geldwerten Ansprüche“: Ausgehend von dem Personenkreis, der ohnehin nur für eine Lebendspende in Betracht kommt, würde dies etwa auch alle zwischen Angehörigen bestehenden Unterhaltsansprüche erfassen, die – so bei Ehepartnern – auch solche wegen einer Erkrankung bedeuten können. Das Unterhaltsrecht unterscheidet dabei selbst dann nicht, auf welche Ursache die Krankheit oder andere Gebrechen oder Schwäche körperlicher oder geistiger Kräfte zurückzuführen ist, wenn diese (wie Alkoholsucht) von manchen als „selbstverschuldet“ anzusehen sein könnte.

Es wäre unbillig, wenn es gerade die frühere solidarisch erfolgte Lebendspende des Ehepartners wäre, die wegen einer Verzichtserklärung gegenüber der Kommission, für die sie keinerlei rechtliche Grundlage besitzt, zu Streitigkeiten führen könnte, ob mit dieser Verzichtserklärung auch Unterhaltsansprüche ausgeschlossen wurden oder ob solche ausgeschlossen wurden für Krankheiten, die auf die Lebendspende zurückgehen. Hätte der Bundesgesetzgeber dies für das TPG als geeignete Form der Prüfung der Unentgeltlichkeit

vorsehen oder geeignet ansehen wollen, bedürfte es der Einsetzung der Kommission zu diesem Punkt nicht, die schriftliche Erklärung könnte dann genügen und bundeseinheitlich vom TPG normiert werden. Das aber wird dem Gesetzeszweck für die Einrichtung einer Kommission nicht gerecht. Die weitere Ausgestaltung der Geschäftsordnung z.B. zu den in Eilfällen zulässigen elektronischen oder anderen Medien und dem dann möglichen Verzicht der Sitzung (und damit der persönlichen Anhörung) legt den Schluß nahe, daß die im Katalog unzulässigerweise geforderten Unterlagen und Nachweise sowie Begründungen regelmäßige Entscheidungen im Aktenwege ohne die Anhörung der Beteiligten ermöglichen sollen. Hierfür sprechen auch die weiteren Regeln zur bloß fakultativen Anhörung von Organspender oder Organempfänger und die Abfassung und Unterzeichnung von Protokoll und gutachtlicher Stellungnahme. Damit ist einerseits eine für den Patienten deutliche Einschränkung seiner Behandlungsmöglichkeiten verbunden durch Antragserfordernisse, für welche die Kommission keine Prüfungskompetenz hat, andererseits wird durch den weiteren Verfahrensablauf dem im TPG auch



**Wie Spender, Empfänger und Transplantationszentrum sich verhalten sollten, wird nicht nur eine taktische Entscheidung sein, sondern sich auch auf die Rechte und Pflichten im Behandlungsvertrag zwischen dem Transplantationszentrum und seinen Ärzten einerseits sowie dem Spender und Empfänger andererseits auswirken**

durch die Subsidiarität der Lebendspende gewollten Schutz des Spenders mitnichten Rechnung getragen, so daß die Geschäftsordnung als ungeeignet zur Wahrnehmung der gesetzlich bestehenden Verpflichtung der Kommission zu bewerten ist.

**W**elche Konsequenzen sich daraus für das Transplantationszentrum ergeben, insbesondere dann, wenn Spender und Empfänger die Weitergabe der in § 3 der Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hamburg genannten Daten und Nachweise ausdrücklich untersagen, jedoch den



Anspruch auf Antragstellung durch das Transplantationszentrum diesem gegenüber geltend machen unter Berufung auf die allein maßgeblichen Voraussetzungen des § 8 TPG zum Prüfungsumfang und Prüfungskompetenz der Kommission und wie Spender, Empfänger und Transplantationszentrum sich daher sinnvollerweise verhalten sollten, wird nicht nur eine taktische Entscheidung sein, sondern sich auch auf die Rechte und Pflichten im Behandlungsvertrag zwischen dem Transplantationszentrum und seinen Ärzten einerseits sowie dem Spender und Empfänger andererseits auswirken und daher zivilrechtliche Folgen bei deren Verletzung begründen können. Dabei steht das Transplantationszentrum und der dortige Arzt im Spannungsfeld: denn der Patient hat den Anspruch, daß es für ihn bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen für das Verfahren bei der Kommission den verfahrenseinleitenden Antrag stellen muß, der Patient selbst hat keine Antragsbefugnis. Aufgrund der Regelung des TPG, auf die sich der Patient dann berufen kann, dürfte das Transplantationszentrum keine der weiteren Daten weitergeben, wenn der Patient dies zugleich ablehnt.

Noch nicht diskutiert sind die Möglichkeiten des jeweiligen Rechtsschutzes gegenüber dem Transplantationszentrum und der Lebendspendekommission je nachdem, ob das erste dann die Antragstellung oder die Kommission die Einleitung des Verfahrens verweigert. Ärzte und Transplantationszentren werden sich – auch im Rahmen ihrer möglichen Haftung – rechtzeitig und (z.B.) durch geeignete Verfahrens – und Dienstanweisungen auf diese Situation einstellen müssen. Aber auch Patienten werden nicht umhin kommen, sich mit den rechtlichen Voraussetzungen zu befassen und ggf. auch rechtlich beraten zu lassen, damit sie ihre Interessen im Transplantationszentrum und bei der Kommission durchsetzen können und auch um alle damit zusätzlich verbundenen rechtlichen Konsequenzen zu überschauen, die auch z.B. im Versicherungsrecht liegen und die weder im TPG geregelt sind, noch ihnen von den Ärzten erklärt werden können.

Unhaltbar wäre es, wenn durch die ungleiche Ausgestaltung ein „Transplantationstourismus“ innerhalb des Geltungsbereiches des TPG einsetzen würde, je nachdem ob und für welches Organ eine Transplantation erforderlich ist und im Wege auch der Lebendspende in Betracht käme, den das Gesetz nicht nur ins Ausland, sondern über den Grundsatz bundesweiter Chancengleichheit und Transparenz auch hier verhindern wollte.

## Die Kriterien der Bundesärztekammer

Weitere Voraussetzungen sind, daß die Übertragung auf den Empfänger geeignet ist, dessen Leben zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Erkrankung zu heilen oder ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Beschwerden zu lindern.

Die Kriterien der Bundesärztekammer zur Aufnahme auf die Warteliste und die Vermittlung von Organen spielen hier eine besondere Rolle: wenn die Erfolgsaussicht für eine Transplantation als Patient auf der Warteliste wegen der Auswahlkriterien zu gering wäre, um auf die Warteliste genommen zu werden, kann die Lebendspende dann bei diesem Patienten ausreichend erfolgversprechend sein, um zugelassen zu werden oder ist sie damit ebenfalls ausgeschlossen?

Schließlich darf als Zulässigkeitskriterium zum Zeitpunkt der Organentnahme beim Lebendspender kein geeignetes postmortales Spenderorgan zur Verfügung stehen. Das verständliche und grundsätzlich anzuerkennende ärztliche Bemühen, Patienten zu einer Transplantation zu verhelfen, die zudem nach ihren medizinischen Gegebenheiten elektiver Planung, guter Organqualität wegen kurzer Ischämiezeiten und weiterer Kriterien auch einen guten und damit auch dauerhaften Organerfolg versprechen, darf nicht übersehen, daß dies Kriterien sind, die allesamt das Interesse des Empfängers betreffen. Nicht außer Betrachtung kann dabei bleiben, daß für den zwangsläufig mitbetroffenen Spender der Eingriff nicht zur Behandlung einer bei ihm bestehenden Erkrankung dient und daher keinen Vorteil für ihn mit sich führt.

## Risiko für den Spender

Aus diesem Grunde geht auch das gerne geäußerte Argument, das Risiko für den Spender liege nur bei 0,03 % und damit günstiger als Komplikationsraten der sonst üblicherweise bestehenden Eingriffsrisiken an der Tatsache vorbei, daß diese auch nur um des vorrangig gewünschten Heilerfolges am Patienten selbst hingenommen werden, sofern sie den dabei notwendigen Voraussetzungen der Risikoaufklärung genügen. Für den Lebendspender besteht überhaupt kein solch vorrangiger Heilerfolg, für den er bei sich das Risiko des Heileingriffes in Kauf nimmt. Hingegen können sich abgelesen von dem medizinischen Risiko nicht nur psychologische Probleme sondern auch erhebliche rechtliche und wirtschaftliche Konsequenzen aus seiner hoch zu achtenden solidari-schen Bereitschaft zur Lebendspende ergeben.



**Für den Zeitraum seiner durch die Organspende eintretenden Arbeitsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, weil sie nicht krankheitsbedingt ist**



## Soziale Aspekte

Beispielhaft sei genannt, daß die Lebendspende einer Niere zwar nach geäußelter Auffassung von Medizinern die Leistungsfähigkeit des Spenders in keiner Weise beeinträchtigt. Im Sozialversicherungsrecht wird für den Verlust einer Niere graduell eine Erwerbsminderung von 10 - 30 % bejaht. Arbeitsrechtlich kann diese kontroverse Beurteilung dazu führen, daß mit dem Argument der Leistungsminderung der Spender eine darauf begründbare personenbedingte Kündigung seines Arbeitsplatzes erhält. Für den Zeitraum seiner durch die Organspende eintretenden Arbeitsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, weil sie nicht krankheitsbedingt ist. Auch bei Übernahme eines Teils der Kosten des Organspenders durch die Gesetzliche Krankenversicherung des Empfängers werden Teile der entstehenden finanziellen Versorgungslücken nicht geschlossen. Konsequenzen ergeben sich auch im Versicherungsrecht mit dem durch den Verlust eines Organs versicherungsmathematisch erhöhten Versicherungsrisiko. Außerdem ist dem Spender im Regelfall nicht bewußt, daß nun Obliegenheiten bei Abschluß und Änderung von Versicherungsverträgen z.B. Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung, entstehen. Ihre Verletzung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Die nach § 8 II 4 TPG vorgesehene Vorschrift, die Aufklärung des Spenders habe auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken zu enthalten, kann diesen Nachteilen nicht in ausreichendem Maße gerecht werden, um die Lebendspende weitestgehend ausgedehnt zur Regelalternative oder sogar vorrangigen Behandlungsmethode der Wahl werden zu lassen. Dies erst recht unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Aufklärung von Empfänger und Spender zwar durch einen Arzt unter Anwesenheit eines weiteren Arztes zu erfolgen habe, der aufklärende Arzt indessen im Regelfall Spender wie Empfänger operiere, so daß er letztlich keine neutrale Position für den jeweiligen Patienten zur Aufklärung über seine jeweiligen Risiken vornehmen kann, sondern im Rahmen miteinander kollidierender Interessen von Spender und Empfänger handelt. Spender und Empfänger sind sich dessen aber gar nicht bewußt, für sie ist es der Arzt, der „ihnen beiden“ hilft. Hier sollte nichts anderes gelten, als dies im anwaltlichen Bereich gute Übung ist, wo ein Tätigwerden bei widerstreitenden Interessen keine Vertretung beider Seiten zuläßt, ohne in den Anwendungsbereich berufs- und strafrechtlicher Vorschriften (Parteiverrat, § 356 StGB) zu gelangen.

Eine weitere Versicherungslücke besteht darin, daß die Sozialversicherung in einem solchen Fall für den Spender grundsätzlich nur einen prozentualen Anteil seines vorher erwirtschafteten Netto-Einkommens übernimmt. Der Differenzbetrag wirkt sich konsequent auch als Schadensdifferenz seiner späteren Rentenanwartschaften aus. Bei unvollständiger Aufklärung des Spenders durch den Arzt am Transplantationszentrum erlangt der Spender möglicherweise einen Schadensersatzanspruch, der stattdessen auf die volle Höhe des Verdienstausfalls, seiner Rentenminderung und weiterer Schäden geht. Nur eine ordnungsgemäße Aufklärung vermag den Arzt und das Transplantationszentrum außerhalb dieser Haf-

tung zu stellen. Wie diese genau auszusehen hat, können Ärzte – wie sich im Rahmen der Beratung von Kliniken zu diesem Punkt gezeigt hat – noch gar nicht sicher erklären.

## Verpflichtung zur Nachbetreuung

In § 8 III 1 TPG ist geregelt, daß die Lebendspende dann nicht zulässig ist, wenn Organspender und Organempfänger sich nicht zur ärztlich empfohlenen Nachbetreuung, über die Regelung des § 10 II Nr. 5 TPG einschließlich der damit verbundenen psychischen Betreuung, verpflichtet haben. Dies sollte nicht in dem Sinne verstanden werden, daß die bloß formularmäßige Verpflichtung zur Entlastung des Transplantationszentrums genüge, wie dies jüngst in einem Workshop zur Lebend-Nieren-Spende formuliert wurde. Daß das Gesetz allein aufgrund des chronologischen Ablaufes einer Lebendspende vor ihrer Durchführung logischerweise nicht mehr als die Verpflichtung fordern kann, enthebt das Transplantationszentrum nicht der Verantwortung, im Vorfeld die ernsthafte Bereitschaft der Beteiligten festzustellen und für die Einhaltung später zu sorgen, z.B. im Wege der Einbestellung zu dafür zu organisierenden Terminen. Sinnvoll ist, bereits vor der Lebendspende den dafür später zuständigen Ansprechpartner mit einzubinden, damit Empfänger wie Spender ihn kennenlernen, bevor der Eingriff erfolgt und dadurch leichter bereit sind, den ihnen dann bereits bekannten Ansprechpartner für die medizinische wie psychologische Nachsorge aufzusuchen. Empfänger und Spender sollten diese auch ohne weiteres von sich aus ansprechen.

Hochproblematisch aber ist die Auffassung der Vertreter der Zentren, die sich besonders für Lebend-Spende-Programme einsetzen, das TPG eröffne die Möglichkeit, die Lebendspende dadurch gewissermaßen zum Regelfall werden zu lassen und aus der Schranke der Subsidiarität zu befreien, daß das Kriterium fehlenden postmortalen Organs zum Zeitpunkt der Organentnahme beim Organspender „gestaltungsfähig sei“: Es liege – so der Vertreter eines solchen Transplantationszentrums – ja an dem Zentrum, den Vorrang eines vorliegenden postmortalen Angebotes dadurch zu umgehen, daß man den Transplantationstermin für die Lebendspende variere mit der Begründung, es fehlten noch Befunde oder durch entsprechende Gestaltung des OP-Planes, notfalls durch Verschiebung des OP-Termins, so daß man dann doch die Lebendspende durchführen könne. Unumwunden gesagt: dies stellt einen klaren Rechtsmißbrauch dar, der auch nicht gerechtfertigt werden kann durch ein dann nur noch eventuell besseres Ergebnis der Transplantation für den Empfänger. Zeitlich früher erfolgt sie bei einem vorhandenen postmortalen Organangebot ohnehin nicht. Auch in Abwägung mit den Spenderinteressen ist ein solches Vorgehen contra legem keinesfalls mehr zu rechtfertigen. •Elke Rampfl-Platte



Korrespondenzadresse:  
Elke Rampfl-Platte, Rechtsanwältin  
Nördliche Auffahrtsallee 1  
80638 München

# Lebertransplantation bei Cystenleber

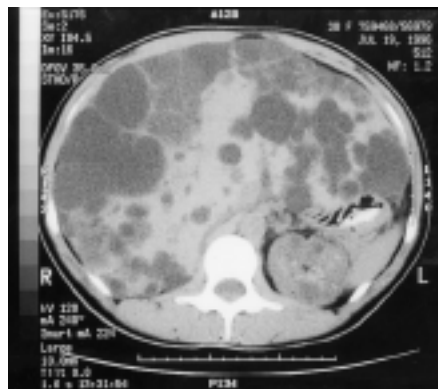
Die polycystische Leber- und Nierenerkrankung wurde erstmals 1856 von Bristowe beschrieben und hat eine erbbedingte Herkunft<sup>1</sup>. Diese Krankheit kann bei Kindern sowie bei Erwachsenen auftreten. Je nach betroffenem Organ, d. h. Niere, Leber oder beide Organe können zwei ganz verschiedene Krankheitsbilder entstehen. Bei Befall der Niere führt das Zystenwachstum zum Nierenversagen, so dass diese Patienten dialysepflichtig werden. Bei Befall der Leber führt die Vergrößerung der Cysten in der Regel nicht zum Leberversagen, jedoch zu erheblichen Beschwerden besonders im Oberbauch, zur Verschlechterung des Allgemeinzustandes und in einigen Fällen fast zur kompletten Immobilisation.

## Diagnose

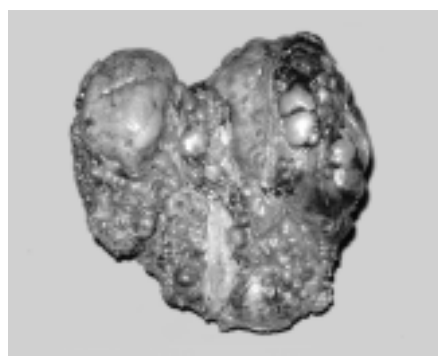
Die familiäre Anamnese spielt für die Diagnose eine wichtige Rolle. Die entscheidende Frage bei der Einschätzung der Erkrankung ist die Beurteilung der Lebergröße, so dass, um dies zu klären, bildgebende Verfahren wie Abdomensonographie, Computertomographie und die Kernspintomographie angewandt werden. Da durch das Wachstum der Cysten nicht nur das Leberparenchym sondern auch die Gallenwege selten komprimiert werden können, werden Blutuntersuchungen durchgeführt, um eine Störung des Gallenabflusses festzustellen.

## Behandlungsmöglichkeiten

Die Therapie der Wahl der bei der Cystenleber auftretenden terminalen Niereninsuffizienz ist die Nierentransplantation. Das therapeutische Ziel bei der Cystenleber ist die Größe des Organs zu verringern. Als Behandlungsmöglichkeiten kommen konservative und chirurgische Vorgehensweise in Betracht. Bei dem konservativen Verfahren wird durch ultraschallgesteuerte Punktion eine perkutane Entleerung der Cysten mit oder ohne Sklerosierung durchgeführt. Bei dem chirurgischen Verfahren wird eine Cystenentdachung durch Laparoskopie oder Laparotomie durchgeführt. Eine Teilentfernung der cystischen Leber kann in Ausnahmefällen durchgeführt wer-



Bildgebende Leberdiagnose



Cystenleber

den (asymmetrisch liegende Cysten). Hierbei verbleibt das erkrankte Organ im Körper, so dass sämtliche o.g. therapeutischen Maßnahmen nur als vorübergehend betrachtet werden können.

Wenn die Cysten die ganze Leber befallen und die Beschwerden die Lebensqualität

stark reduzieren, kann die Indikation zur Lebertransplantation bestehen<sup>4,5,7</sup>. Im Gegensatz zu anderen Therapieverfahren ist die Lebertransplantation die einzige definitive Therapie deren Zweck darin besteht, bei großen Cysten die Symptomatik zu beseitigen.

## Erfahrungen mit Transplantation

Die ersten Lebertransplantationen bei polycystischen Leberveränderungen wurden im Jahre 1984 durch T.E. Starzl durchgeführt. 1990 veröffentlichte Starzl 4 Patienten, die aufgrund der o.g. Erkrankung lebertransplantiert wurden. Bei einem dieser Patienten wurde eine kombinierte Leber- und Nierentransplantation durchgeführt. Ein Patient starb 5 Monaten nach der Transplantation. Drei Patienten waren 5 Jahren nach Transplantation am Leben<sup>9</sup>. Im Langzeitverlauf (6-60 Monate) gaben die Patienten eine wesentliche Besserung ihrer Lebensqualität<sup>6</sup> an. Lang veröffentlichte 17 lebertransplantierte Patienten. Bei 8 Patienten wurde eine kombinierte Leber- und Nierentransplantation durchgeführt. 5 Patienten starben nach Transplantation. Nach 6 bis 10 Jahren waren die übrigen Patienten noch am Leben mit guter Leberfunktion und guter Lebensqualität<sup>4</sup>. Jeyabajah berichtete über 6 Patienten, mit einem Überleben von 5 Jahren<sup>11</sup>. Das „European Liver Transplant Registry“ (ELTR) berichtete 1999 über eine 5-Jahresüberlebensrate von 78,2% bei 175 Patienten, die

aufgrund einer polycystischen Leber transplantiert worden waren.

In unserer Klinik wurden aufgrund polycystischer Lebererkrankungen 5 weibliche Patienten transplantiert. Die Patienten wiesen ein Durchschnittsalter von 53,8 (43-70) Jahren auf. Zwei von vier Patienten mit bekannten Cystennieren dialysierten zum Zeitpunkt der Evaluation, bei ihnen wurde in der selben Sitzung eine kombinierte Leber- und Nierentransplantation durchgeführt. Das mediane Gewicht der erkrankten Leber betrug 4787,5 (2500-5900) g. Bei vier von fünf Patienten zeigten die Organe eine Primärfunktion. Eine Patientin starb am Herzversagen. Ein anderer Patient musste wegen primärer Nichtfunktion retransplantiert werden. Die Empfängerin konnte nach der Retransplantation ohne Komplikationen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Bei einer zum Zeitpunkt der Transplantation 70-jährigen Patientin war aufgrund der Lebergröße eine starke Bewegungseinschränkung bereits eingetreten. Sie bekam 1994 eine kombinierte Leber- und Nierentransplan-

tation. Seitdem, d. h. seit fast 6 Jahren, kann sie ein normales Leben führen (Tab. 1). Obwohl die Transplantation als etablierte Therapieoption der Cystenleber anzusehen ist, muss auf das mögliche Auftreten postoperativer Komplikationen hingewiesen werden. Deshalb ist die Indikationsstellung streng zu überprüfen.

## Zusammenfassung

Die polycystische Leber und Niere sind Folge einer erbbedingten Erkrankung. Im Verlauf der Erkrankung kann das Wachstum der Cysten bei der Niere zum terminalen Nierenversagen und bei der Leber aufgrund der Cystengröße zur Immobilisation führen. Die Therapie der Wahl der Niereninsuffizienz ist die Transplantation. Bei Patienten, bei denen durch die enorme Größe der Cystenleber auf ein vielfaches der Norm ein dauerhaftes Leiden entsteht, muss die Lebertransplantation in Erwägung gezogen werden. In seltenen Fällen ist die kombinierte (Leber und Niere) Transplantation indiziert.

**Ruben Canelo, Felix Braun, Thomas Lorf, Giuliano Ramadori\*, Burckhardt Ringe**  
**Klinik für Transplantationschirurgie**  
 \*Abteilung für Gastroenterologie/ Endokrinologie  
 Georg-August-Universität  
 Robert-Koch-Strasse 40  
 37075 Göttingen

Tel.: 49 551 39 2411, Fax: 49 551 39 6163

E-mail: rcanelo@med.uni.goettingen.de

## Literatur:

- 1 Bristowe F.  
**Cystic disease of the liver associated with a similar disease of the kidneys.**  
 Trans Pathol Soc Lond 1856; 7:229
- 2 d'Agata IDA, Jonas MM, Prees Atayde AR, Guay-Woodford LM.  
**Combined cystic disease of the liver and kidney.**  
 Sem Liver Dis 1994; 14:215
- 3 Grünfeld JP, Albouze G, Jungers P, Landais P.  
**Liver changes and complications in adults polycystic kidney disease.**  
 Adv Nephrol 1985; 14:1
- 4 Lang H, Woellwarth Jv, Oldhafer KJ, Behrend M, Schlitt HJ, Nashan B, Pichlmayr R. Liver  
**Transplantation in Patients with Polycystic Liver Disease.**  
 Transplant Proc 1997; 29:2832
- 5 Klupp J, Beckstein WO, Lobeck H, Neuhaus P.  
 Orthotope Lebertransplantation zur Therapie der fortgeschrittenen polycystischen Lebererkrankung.  
 Chirurg 1996; 67:515
- 6 Kremer B, Vogel I, Klomp HJ, Henne-Bruns D.  
**Die Zystenleber, eine Indikation zur Lebertransplantation oder zur dekompressiven Resektion?**  
 Zentralbl Chir 1998; 123:131
- 7 Milutinovic J, Fialkow PJ, Rudd TG, Agoda LY.  
**Liver cysts in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease.**  
 Am J Med 1980;68:741
- 8 Sanchez H, Gagner M, Rossi R, Jenkins R, Lewis D, Munson L, Braasch JW. **Surgical Management of Nonparasitic Cystic Liver Disease.**  
 Am J Surg 1991; 161:113
- 9 Starzl TE, Reyes J, Tzakis A, Miele L, Todo S, Gordon R.  
**Liver transplantation for polycystic liver disease.**  
 Arch Surg 1990; 125:575
- 10 Vauthey JN, Maddeern GN, Blumgart LH.  
**Clinical experience with adult polycystic liver disease.**  
 Br J Surg 1992; 79: 562
- 11 Jeyarajah DR, Gonwa TA, Testa G, Abbasoglu O, Goldstein R, Husberg BS, Levy MF, Klintmalm GB.  
**Liver and kidney transplantation for polycystic disease.**  
 Transplantation 1998, 66:529

Vorgeschichte, klinische Befunde und Ausprägung der Erkrankung						
Nr.	Alter/Geschl.	KG Kg	Familie mit Cystenleber/Nieren	Gewicht der Leber (g)	Kombiniert mit NTX	Verlauf nach Transplantation
1	70/w	63	Nein	6100	Ja	5 Jahre Beschwerdefrei
2	46/w	67	Nein	5900	Nein	4 Jahre normales Leben Wieder berufstätig
3	56/w	64	Mutter Tochter	2500	Ja	Verstorben nach zwei Monaten an Herzversagen
4	54/w	54	Nein	5250	Nein	1 Jahr normales Leben
5	43/w	58	Mutter Bruder	5500	Nein	4 Monate beschwerdefrei Wieder berufstätig
NTX: Nierentransplantation						
Tabelle 1						

Literaturübersicht bei polycystischer Leber- und Nierenerkrankung					
Autor	Jahr	Patientenzahl	Symptomatik nach Transplantation	Kombiniert mit NTx	Langzeitverlauf
Starzl	1990	4	Schmerzen, Größe, Dyspnoe	1	5 Jahre, 3 Patienten am Leben
Klupp	1996	10	Druck im Oberbauch, Schmerzen, Übelkeit	5	4 Jahre 9 Patienten am Leben
Lang	1997	17	Druck im Oberbauch, Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit	8	10,5 Jahre, 8 Patienten am Leben
Jeyarajah	1998	6	Oberbauchschmerzen, Übelkeit	5	4,5 Jahre 3 Patienten am Leben
Eigene Fälle		5	Druck im Oberbauch, Gewichtsverlust	2	5 Jahre 4 Patienten am Leben
ELTR	1999	175	—	—	5 Jahresüberlebensrate von 78,2%
NTx: Nierentransplantation					
Tabelle 2					



# Start ins Jahr 2000 mit einer neuen Leber

**1982 wurde bei meiner Mutter die Diagnose Zystenleber und Zystennieren festgestellt.**

**Die Ärzte wiesen darauf hin, daß dies eine Erbkrankheit ist und es für die Kinder ratsam wäre, eine Kontrolluntersuchung vornehmen zu lassen.**

**D**as Ergebnis war positiv. Auch bei mir wurden Zystenleber und -nieren festgestellt. Leber- und Nierenfunktion waren jedoch noch nicht beeinträchtigt. Der Arzt klärte mich auf, daß es keine Therapie gibt, die das Entstehen weiterer und die Vergrößerung der bestehenden Zysten verhindert. Aber auch mit dieser Krankheit kann durchaus die normale Lebenserwartung erreicht werden – abhängig vom Wachstum der Zysten.

Ich war zu diesem Zeitpunkt 25 und gerade 3 Jahre verheiratet. Wir standen kurz davor, unseren Kinderwunsch zu verwirklichen. Angesprochen hierauf bekam ich die Anschrift der Humangenetischen Beratungsstelle in Hamburg. Das Resultat der Untersuchungen war, daß die Chance der Weitervererbung bei über 50% liegt. Dieses Risiko sind wir nicht eingegangen.

**D**a es keine Prophylaxe gab, versuchte ich während der nächsten 14 Jahre die Gedanken an die in mir schlafende Krankheit einfach zu verdrängen. Das war nicht immer ganz einfach.

Bei meiner Mutter führten die Zysten in der Zwischenzeit zum Nierenversagen. Sie wurde Dialysepatientin. Die Leber war durch die Zysten auf ein vielfaches vergrößert. Ihr Allgemeinzustand verschlechterte sich innerhalb kurzer Zeit. Eine Transplantation war

damals nicht mehr möglich. Sie starb 1991. Mein älterer Bruder hat Zystennieren. Er ist seit 5 Jahren bereits an der Dialyse. Auch sein Sohn und seine Tochter haben unser defektes Erbgut weitervererbt bekommen.

**B**is 1996 hatte ich keine Beschwerden. Dann kam es durch das plötzlich recht schnelle spürbare Wachstum der Zysten in der Leber zu starken Druckbeschwerden im Oberbauch. Mein Internist empfahl mir eine Punktion der größten Zysten und überwies mich an die Uniklinik Göttingen.

In der Transplantationsambulanz besuchte ich die Lebersprechstunde. Es wurde eine Erstuntersuchung vorgenommen und ein Termin für die Punktion vereinbart. Man legte mir außerdem nahe, unter ständiger Kontrolle zu bleiben und die Leberfunktion in vierteljährlichen Abständen untersuchen zu lassen.

**D**ie Punktion hatte leider nicht den erhofften Erfolg. Die größten erreichbaren Zysten wurden punktiert und Gewebeflüssigkeit wurde entnommen. Aber die punktierten Zysten füllten sich sofort wieder, so daß die Beschwerden innerhalb weniger Tage wieder auftraten.

Die Zysten und damit die gesamte Leber hatten jetzt eine Größe erreicht, bei der jedes weitere Wachstum unangenehm spürbar und zu immer neuen Beschwerden führte. Ich konnte keine festen Kleidungsstücke mehr tragen, selbst der Druck durch einen Gummizugbund führte oftmals zu Übelkeit. Der Magen wurde so zusammengepreßt, dass ich nur noch mehrere kleine Mahlzeiten zu mir nehmen konnte. Längeres Sitzen oder Stehen war kaum noch möglich und ich wurde kurzatmig.

**I**m August 1997 gab ich die Einwilligung zur Anmeldung für eine Lebertransplantation. Da die Leberfunktion trotz allem gegeben war, bereiteten mich die Ärzte auf eine längere Wartezeit vor. Genug Zeit, um sich mit dem Gedanken vertraut zu machen.

**A**usgerechnet Sylvester 1999 war es dann soweit. Der Anruf aus dem Uniklinikum Göttingen kam gegen 17.00 Uhr. Eine Stunde später stand der Krankenwagen vor der Tür. Die Zeit hatte gerade zum Duschen, Packen des Nötigsten, Beruhigen des Ehemannes und das Erteilen von Aufträgen für die Versorgung des Haushalts gereicht. Nach einer kurzen Untersuchung in der Notaufnahme (wo bereits das Sylvesterbuffet aufgebaut wurde) war ich bereits um 21.00 bei den Narkoseärzten im OP. In dem Bewußtsein, daß die Operation über Mitternacht erfolgen würde, war ich nun doch etwas unruhig, schließlich wurde monatelang vorher über das „Jahr-2000“ Problem diskutiert. Das beunruhigte mich mehr als der eigentliche bevorstehende Eingriff mit allen seinen Konsequenzen. Gut, daß alles so schnell ging. Neujahr wurde ich von Stimmen geweckt, die mir immer wieder versicherten, daß alles erfolgreich verlaufen ist und ich mir keine Sorgen zu machen brauche.

**O**bwohl ich mich gut fühlte, bereits an der Gruppengymnastik teilnahm, teilte man mir am 15. Januar 2000 mit, daß Komplikationen aufgetreten sind. Es war zu einem Verschuß der Arteria hepatica gekommen. Die Leber wurde kaum noch durchblutet. Eine Retransplantation war erforderlich. Erst nach einem Gespräch mit meinem Mann und einer lieben Freundin war ich soweit, daß ich mir gesagt habe: was du einmal geschafft hast, schaffst du auch ein zweites Mal. Über die High Urgency Liste stand bereits am Nachmittag des 16. Januar 2000 ein neues Organ zur Verfügung. Wieder ging alles sehr schnell.

**D**iesmal ging alles gut. Es sind jetzt 3 Monate vergangen. Bis auf ganz wenige Einschränkungen (Gartenarbeit, Schweres heben und tragen z. B.) erledige ich bereits alles wieder wie vorher – ohne die alten Beschwerden – (meine entfernte Leber wog 5,5 kg). Im Mai werde ich wieder meinen Ganztagsjob im Controlling aufnehmen.

• Heidrun Ruffer

# Eine neue Abteilung für Transplantationschirurgie an der Universitätsklinik Mainz stellt sich vor

Im September 1997 wurde am Universitätsklinikum in Mainz eine neue eigenständige chirurgische Abteilung unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Gerd Otto gegründet. Schwerpunkt-aufgabe dieser Abteilung ist die Durchführung von Transplantationen der Organe des Bauchraumes (Leber, Pankreas und Nieren). Darüberhinaus wurde in Mainz mit der neuen Abteilung ein Zentrum für die Chirurgie von Lebererkrankungen, Erkrankungen der ableitenden Gallenwegen und des Pankreas etabliert.

## Die Struktur

Die Abteilung verfügt zur Zeit über 19 Betten, davon vier sogenannte Wachzimmerbetten. Diese Betten, die eine kontinuierliche Monitor-kontrolle ermöglichen, sind für diejenigen Patienten vorgesehen, die zwar nicht mehr auf einer Intensivstation liegen müssen, jedoch noch rund um die Uhr überwachungspflichtig sind. Zusätzlich stehen auf der Anästhesie-Intensivstation jederzeit mindestens drei Intensivüberwachungsbetten zur Verfügung. Die Patienten der Station werden neben dem Leiter der Abteilung von einem Oberarzt, 7 Assistenzärzten sowie 16 Schwestern und Pflegern ärztlich und pflegerisch versorgt. Darüberhinaus ist in unsere Abteilung ein Facharzt für Psychosomatik integriert, der die Transplantationschirurgen und -internisten bei der Erarbeitung der Transplantationsindikation berät und die Patienten bei Bedarf sowohl während der Wartezeit als auch nach der Transplantation fachlich begleitet. Die Transplantationsambulanz wird in enger Kooperation gemeinsam von den Transplantationsinternisten und -chirurgen betreut.

Die überschaubare Struktur der Abteilung ermöglicht eine enge Anbindung der stationären und ambulanten Patienten. Die Integration zuweisender Kliniken und Ärzte in die Vorbereitungsphase zur Transplantation, wie auch in die postoperative Nachsorge ist eine wesentliche Voraussetzung für eine enge Kooperation mit den Kliniken und trägt zu der in unserer Region erforderlichen Steigerung der Transplantationsaktivität bei.



Transplantationsteam der Uniklinik Mainz

## Deutsche Zentren für Lebertransplantation.

Erkennbar ist, daß bis zum September 1997 eine regionale Unterversorgung im Raum Rheinland-Pfalz/Saarland bestand.

Baden-Württemberg:	Freiburg, Heidelberg, Tübingen
Bayern:	Erlangen, München (2x), Regensburg, Würzburg
Berlin:	Berlin
Hamburg:	Hamburg
Hessen:	Frankfurt a. M.
Mecklenburg-Vorpommern:	Rostock
Niedersachsen:	Göttingen, Hannover
Nordrhein-Westfalen:	Aachen, Bochum, Bonn, Essen, Köln (2x), Münster
Rheinland-Pfalz:	ab Sept. '97 Mainz
Sachsen:	Leipzig
Sachsen-Anhalt:	Magdeburg
Schleswig-Holstein:	Kiel
Thüringen:	Jena

Tab. 1

## Das Konzept

Die Gründung einer Abteilung für Transplantationschirurgie und Chirurgie von Leber, Gallenwegen und Pankreas entspricht der modernen Entwicklung der zunehmenden organbezogenen Spezialisierung der medizinischen Fachgebiete insbesondere der chirurgischen Disziplinen, um für die Patienten eine optimale diagnostische und operative Versorgung zu gewährleisten. In Deutschland sind bislang neben Mainz noch in Hamburg und Göttingen vergleichbare Institutionen geschaffen worden. Diese Entwicklung hat in amerikanischen Zentren und in anderen westeuropäischen Ländern bereits stattgefunden. Es existieren hier schon eine Vielzahl sogenannter „hepato-biliary units“ oder „transplant units“. In den meisten großen

amerikanischen Kliniken werden beispielsweise die Lebertransplantationen durch spezialisierte Transplantationsabteilungen durchgeführt. In diesen Abteilungen sind Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Internisten, Chirurgen, Radiologen, Psychologen usw.) in einer Einheit zusammengefasst und können so dem Patienten insbesondere bei komplexen oder seltenen Krankheitsbildern ein Maximum an Expertise und therapeutischen Alternativen anbieten.

## Die Ziele

Warum wurde eine solche Abteilung gerade in Mainz etabliert? In Mainz existiert bereits eine renommierte Hepatologie, die in der Forschung und Behandlung der Autoimmunhepatitis und Virushepatitis internationales Ansehen erlangt hat. Es lag nahe diesen hepatologischen Schwerpunkt von Mainz auch in Bezug auf Lebertransplantation und Leberchirurgie weiter auszubauen.

Ein weiterer Grund wird erkennbar, wenn man die regionale Verteilung der bislang 26 Lebertransplantationszentren in Deutschland betrachtet (Tab. 1). Dabei wird eine regionale Ballung der Zentren insbesondere im Bereich Bayern und Nordrhein-Westfalen deutlich. Hier führen allein fünf bzw. sieben Kliniken Lebertransplantationen durch. Im Bereich Rheinland-Pfalz und Saarland gab es bis September 1997 noch kein Zentrum für Leber- oder Pankreastransplantation. Durch die neue Abteilung in Mainz ist nun eine heimatnahe Versorgung der Patienten ermöglicht worden. Darüberhinaus soll insbesondere in Rheinland-Pfalz durch die Nähe eines Transplantationszentrums die bislang unbefriedigende Situation bei Spendermeldungen aber auch der Meldung von potenziellen Lebertransplantationskandidaten verbessert werden. Bezüglich dieser beiden Aktivitäten schnitt Rheinland-Pfalz im Vergleich zu den anderen Bundesländern bislang weit unterdurchschnittlich ab. Diese Situation soll und muß in Zukunft drastisch verbessert werden. Neben der Transplantation von Leber, Nieren und Pankreas befasst sich unsere Abteilung mit meist komplexen, operativen Eingriffen an der Leber, den ableitenden Gallenwegen

und des Pankreas. Hierbei spielt die Chirurgie von gutartigen oder bösartigen Tumoren sicherlich eine dominierende Rolle. Hinzu kommt noch eine Vielzahl an rekonstruktiven Eingriffen an den Gallenwegen sowie Eingriffe zur Behandlung der chronischen Bauchspeicheldrüsenentzündung. Eine Abteilung, die innovativ und zukunftsorientiert sein möchte, muß natürlich die klinische Aktivität durch entsprechende klinische als auch experimentelle Forschung unterstützen. Hierzu verfügt die Abteilung über eigene Laboratorien in denen schwerpunktmäßig unter Leitung einer Biologin die Bedeutung von Zellsignalen auf die postoperative Transplantatfunktion untersucht wird. Eine weitere experimentelle Zielsetzung ist die Reduktion des Konservierungsschadens nach einer Transplantation. Die Teilnahme an internationalen Studien sowie die Initiierung eigener Studien untermauert die klinische Arbeit. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt ist die Etablierung der Lasertherapie zur Behandlung bösartiger Tumore der Leber in der klinischen Anwendung.

## Die bisherige Bilanz

Ein wichtiges Kriterium für den Erfolg eines neuen Abteilungskonzeptes ist die Akzeptanz bei den Patienten und den zuweisenden Ärzten und Kliniken. Hier wird aus **Abb. 1 und 2** deutlich, dass sowohl die Anzahl der stationär behandelten Patienten als auch die Anzahl der Lebertransplantationen seit Gründung der Abteilung im September 1997 bis

Anzahl der durchschnittlich im Monat in der Abteilung für Transplantationschirurgie stationär behandelten Patienten.

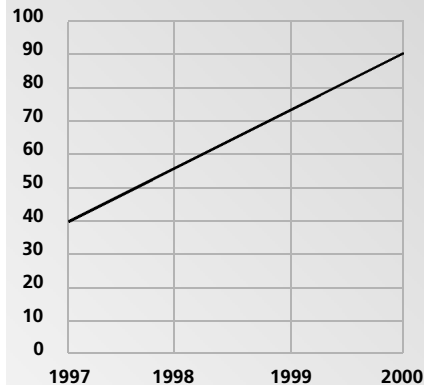


Abb. 1

zum aktuellen Stand (Februar 2000) stetig anstieg.

Trotz dieser positiven Entwicklung unserer Abteilung können wir uns mit der aktuellen Situation noch nicht zufriedengeben, sondern müssen uns noch weiterhin intensiv mit den bereits oben erwähnten regional bedingten Defizite in Bezug auf Spender- und Empfänger-meldung in Rheinland-Pfalz befassen.

Anzahl der monatlichen Lebertransplantationen an der Abteilung für Transplantationschirurgie.

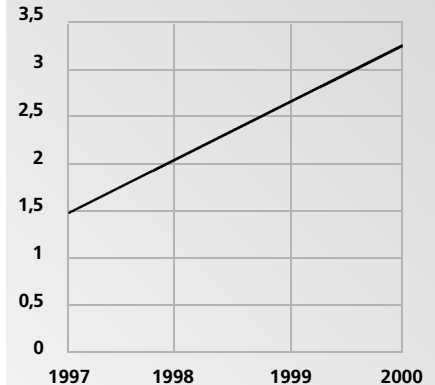


Abb. 2

# Xenotransplantationsforschung

**Das Paul- Ehrlich- Institut ist der Ansicht, dass bei einer Transplantation von Schweineorganen ein höheres Infektionsrisiko besteht, als bisher angenommen.**

Angesichts des steigenden Bedarfs an Spenderorganen zur Transplantation, der aber gleichbleibend niedrigen Zahl von Organspendern wird schon seit Jahren darüber nachgedacht, ob nicht die Verpflanzung von Tierorganen eine Möglichkeit sein könnte, diesen Mangel zu beheben. Insbesondere wird dabei an Schweinen geforscht, da ihre Gewebemerkmale den menschlichen relativ ähnlich sind.

**I**m Gegensatz zu menschlichen Spenderorganen kommt es jedoch bei einer Transplantation von Schweinelebern zu einer schlagartigen Blutgerinnung im Transplantat, die auch durch Immunsuppressiva nicht verhindert werden kann. Grund dafür sind bestimmte Oberflächenproteine der Schweinezellen.

Eine Strategie zur Lösung dieses Problems ist, Schweinen menschliche Gene einzupflanzen, die bewirken, dass die Zellen des Schweins mit menschlichen Oberflächenproteinen „getarnt“ werden.

**E**in weiteres Problem war nun Thema zweier Studien, über die das Paul-Ehrlich-Institut im März 2000 berichtete. Man weiß nämlich, dass das Erbgut von Schweinen Retroviren enthält (sogenannte porcine endogene Retroviren = PERV). Diese Viren sind mit dem AIDS- Virus verwandt, machen aber die Schweine nicht krank. Fraglich war, ob sie aber bei einer Übertragung von Schweinegewebe auf den Menschen Viruspartikel freisetzen und den Menschen infizieren können.

Eine im August 1999 im Wissenschaftsmagazin Science veröffentlichte Studie war zu dem Ergebnis gekommen, dass eine solche Infektionsgefahr am lebenden Menschen nicht hoch zu sein scheint. Untersucht wurden 160 Personen, denen kurzzeitig Schweinehaut transplantiert worden war, die Pankreaszellen zur Insulinproduktion

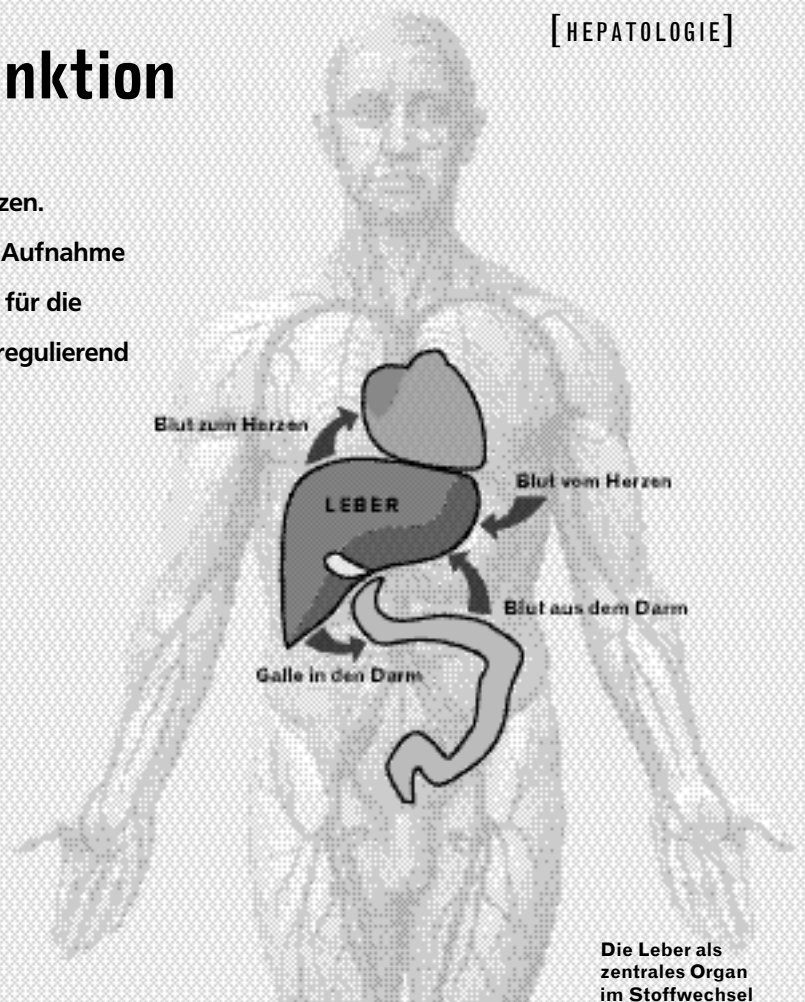
erhalten hatten oder deren Blut zur Reinigung außerhalb des Körpers durch Schweineorgane geleitet worden war. Bei keinem dieser Patienten wurde eine Infektion mit PERV festgestellt, obwohl bei 23 Personen Schweinezellen im Blut nachgewiesen werden konnten. Dieses Untersuchungsergebnis galt als großer Fortschritt für die Entwicklung von Xenotransplantationen.

**D**ie vom Paul- Ehrlich- Institut durchgeführten und im März und Mai 2000 veröffentlichten Studien zeigen jedoch, dass das Erbgut von Schweinen mehrere endogene Viren enthält und durchaus freie PERV- Partikel produzieren kann. Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass diese in der Lage sind, menschliche Zellen zu infizieren und dort ähnlich wie AIDS zu einer Immunschwäche zu führen. Die Wissenschaftler des Instituts halten daher das Infektionsrisiko für wesentlich höher, als es die 1999er Studie annehmen lässt. Sie teilen allerdings auch mit, dass es auf Grund ihrer Forschungsergebnisse möglich war, Nachweisverfahren für PERV- Infektionen zu entwickeln. So könnte eine engmaschige Kontrolle von Xenotransplantationspatienten erfolgen. • Ulrich Kraus, PTA

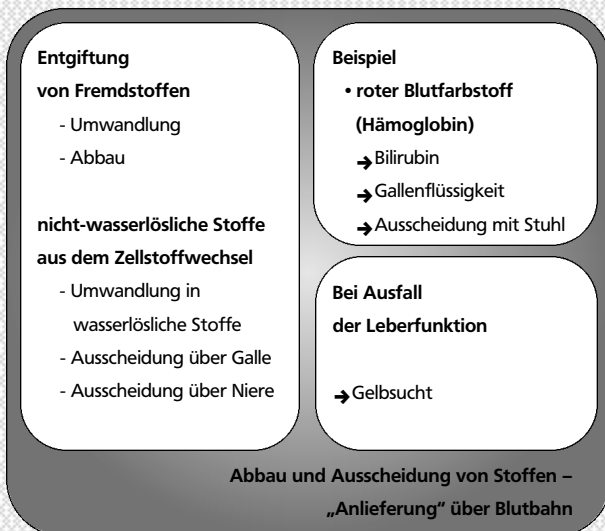
# Grundlagen der Leberfunktion

Die Leber ist das wichtigste Organ für den Abbau stoffwechseleigener und stoffwechselfremder Substanzen. Daneben nimmt sie zentrale Aufgaben im Rahmen der Aufnahme und Verwertung von Nahrungsbestandteilen ein, sorgt für die Bereitstellung lebenswichtiger Eiweißstoffe und greift regulierend in das Immunsystem und die Hormone ein.

Um diese vielfältigen Aufgaben zu übernehmen, nimmt die Leber eine zentrale Stellung im Körper ein. Obwohl nur etwa 1500-2000 g schwer (entsprechend 4 % des Körpergewichtes), wird die Leber von 28 % des Blutflusses durchströmt und verbraucht etwa 20 % des gesamten Körpersauerstoffes. Den Blutzustrom erhält sie einerseits von den Blutgefäßen, die nährstoffreiches Blut vom Darm transportieren, wodurch die Nahrungsbestandteile sofort weiterverarbeitet werden können. Zum anderen erhält sie sauerstoffreiches Blut aus den Arterien des großen Kreislaufs. Nach dem Durchströmen der Leber gelangt das Blut beider zuführender Systeme zurück in den großen Kreislauf, von wo es über das Herz verteilt wird. Die von der Leber produzierte Gallenflüssigkeit gelangt über das Gallengangsystem in den Darm. Auf diese Weise werden einerseits Abbauprodukte und Giftstoffe in den Darm abgeleitet und zum anderen die Verdauung unterstützt.



## Abbau und Ausscheidung von Stoffen



Die Leber verfügt über Möglichkeiten, Fremdstoffe im Körper abzubauen oder in ungiftige Substanzen umzubauen. Sie vermag nicht-wasserlösliche Stoffe in eine wasserlösliche Form umzuwandeln. Diese können dann entweder über die Galle, oder über die Nieren ausgeschieden werden. Als Beispiel sei hier der Abbau des roten Blutfarbstoffes genannt, der von der Leber in Bilirubin abgebaut, über das Gallengangsystem in den Darm geleitet und nachfolgend mit dem Stuhl ausgeschieden wird. Der Ausfall dieser Leberfunktion äußert sich daher mit dem Rückstau des Bilirubins in den Körper, was an einer Gelbfärbung der Haut und der Augen sichtbar wird.

## Produktion lebenswichtiger Eiweißstoffe

Die Leber stellt dem Körper eine Fülle von Eiweißstoffen zur Verfügung, ohne die der Organismus nicht lebensfähig ist, dazu zählen z.B. das Albumin, dessen wasserbindende Eigenschaft das Blut in den Gefäßen hält. Albumin ist zudem ein sehr wichtiges Transportprotein, mit dem Substanzen von einem Ort des Körpers zu einem anderen transportiert werden können. Daneben werden eine Reihe von spezifischen Transportproteinen produziert, die z.B. Hormone zu den Zielzellen im Körper tragen.

Weiterhin werden eine Reihe von Blutgerinnungsfaktoren gebildet, ohne die eine Blutstillung nicht möglich ist.





## Verwertung von Nahrungsbestandteilen

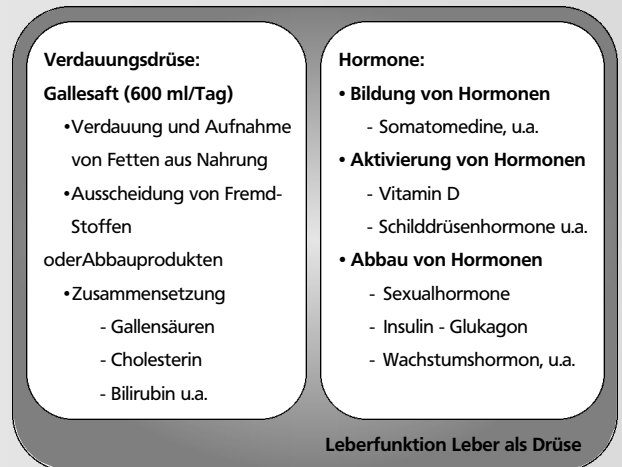
Die Leber ist ganz eng in die Regulation des Glucose-, Fett- und Eiweißstoffwechsels eingebunden. Für das Funktionieren des Organismus ist eine Regelung des Blutzuckers (Glucose) unabdingbar. Die Leber nimmt die Glucose aus dem Darmvenenblut auf und sorgt für eine geregelte Abgabe an den restlichen Körper. Die Leber kann überschüssige Glucose speichern und bei Bedarf abgeben. Im Zustand des Hungerns vermag sie Glucose aus anderen Nahrungsbestandteilen selbst herzustellen. Durch den zusätzlichen Eingriff in die Hormonsysteme, die den Blutzucker steuern (z.B. Insulin) vermag sie den Blutzuckerspiegel unabhängig von der Nahrungszufuhr konstant zu halten. Die Eiweißbestandteile im Darmvenenblut dienen der Herstellung verschiedener Eiweißkörper, ebenso wie den Grundgerüsten für Hormone oder dem roten Blutfarbstoff. Eine weitere wichtige Energiequelle für den Körper sind die Fette. Die Leber gewinnt aus diesen Fetten Energie, wandelt sie in Speicherfett um und produziert aus diesen Fetten Grundgerüste, die dann wiederum für die Herstellung von Cholesterin, Hormon- und Gallensäuren vonnöten sind.



## Die Leber als Drüse

Die Leber ist die größte Verdauungsdrüse. Sie produziert pro Tag etwa 600 ml Galle. Durch den Galle können einerseits Fremdstoffe oder Abbauprodukte des Organismus in den Darm geleitet werden, zum anderen fördern die im Galle enthaltenen Gallensäuren die Verdauung und Aufnahme von Fetten aus der Nahrung.

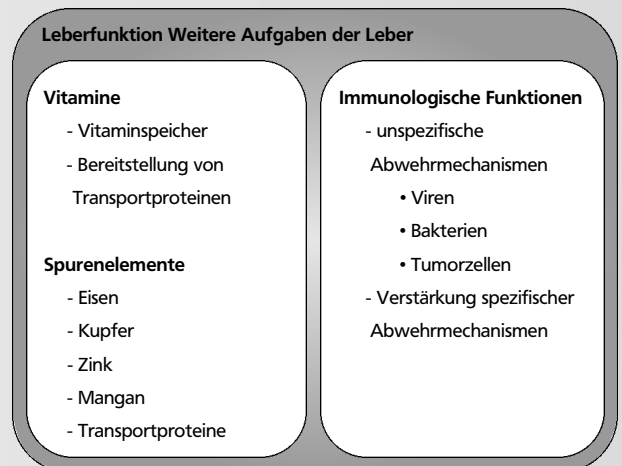
Die Leber kann eine Reihe von Hormonen selbst bilden. Daneben ist sie jedoch auch in die Aktivierung von Hormonen eingeschaltet, wie z.B. Vitamin D oder den Schilddrüsenhormonen. Auf der anderen Seite steuert sie jedoch auch durch den Abbau von Hormonen den Organismus, wie z.B. der Sexualhormone, des Insulins, oder des Wachstumshormon.



## Weitere Aufgaben der Leber

Die Leber ist ein wichtiger Vitaminspeicher und ermöglicht durch gezielte Bereitstellung von vitamintransportierenden Hormonen deren Verteilung. Lebenswichtige Spurenelemente, wie Eisen, Kupfer, Zink und Mangan werden ebenfalls in der Leber vorgehalten und bei Bedarf durch entsprechende Transportproteine in den Körper entlassen.

Als immunologisch aktives Organ verfügt die Leber über eine Reihe von Abwehrmechanismen gegen Viren und Bakterien, die sie entweder vom Darm oder über den großen Kreislauf erreichen. Aber auch die Erkennung und Elimination von Tumorzellen gehört zu ihren Aufgaben.



## Zusammenfassung

Viele dieser Funktionen werden innerhalb des Körpers lediglich von der Leber wahrgenommen. Insofern ist ein Leben ohne Leber nur für wenige Stunden möglich. Aufgrund der zentralen Bedeutung des Organs ist die Leber jedoch üppig dimensioniert, so daß etwa ein Drittel der Lebermasse ausreichend sein kann, um alle diese Funktionen noch zu erfüllen.

• Prof. Dr. T. Goeser, Universität Köln

# Zur Problematik der chronischen Hepatitis C und B nach Lebertransplantation

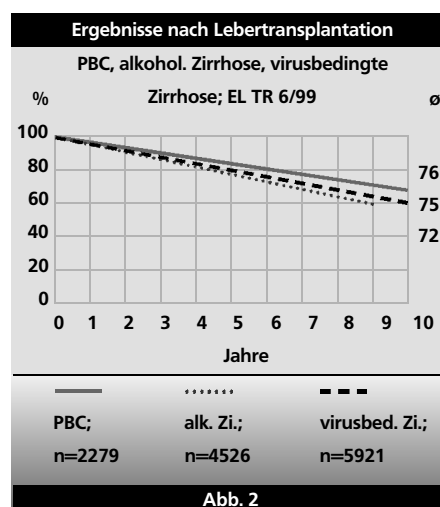
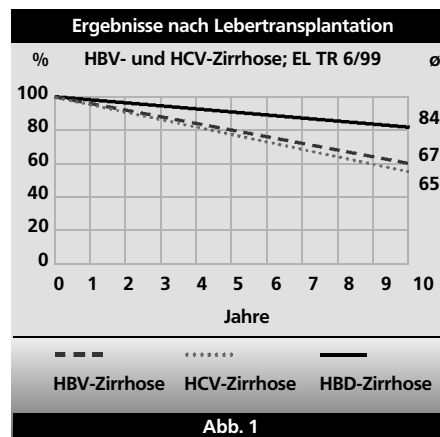
**Chronische Hepatitiden B und C gehören neben den autoimmunen (PBC, PSC, AIH) und Alkohol-assoziierten Lebererkrankungen zu den häufigsten Ursachen von Leberversagen und Leberkrebs.**

**Der Anteil der Hepatitis-C-bedingten Krankheitsfälle steigt hierbei weltweit stetig an.**

**G**ründe hierfür sind lange Zeit latent verlaufende Erkrankungen, bessere diagnostische Möglichkeiten, das Fehlen von Impfstoffen sowie bislang häufig nur unbefriedigende therapeutische Möglichkeiten, um ein Fortschreiten der Lebererkrankung zu vermeiden. Hier ist mit einem deutlichen Zuwachs zu rechnen, da sich die meisten chronischen HCV-Träger im Alter von 30-50 Jahren befinden. Der bislang einzig kurative Ansatz beim Vorliegen eines chronischen Leberversagens und beim unresektablen hepatozellulären Karzinomen stellt nach wie vor die Lebertransplantation dar. Die kumulative 5-Jahresüberlebensrate nach Lebertransplantation bei Hepatitis B und C beträgt hierbei ca. 70-80% und weicht somit nicht wesentlich von der Überlebensrate aller lebertransplantierten Patienten ab.

## Prophylaxe und Management der Hepatitis B nach Lebertransplantation

Seit vielen Jahren werden Patienten mit Hepatitis-B-assoziiierter Leberzirrhose transplantiert. Die Nachbetreuung dieser Patienten hat die Problematik der Hepatitis B Reinfektion der Transplantatleber verdeutlicht und gezeigt, dass die Prognose einer Lebertransplantation bei Hepatitis B ganz entscheidend von einer effektiven Hepatitis-B-Reinfektionsprophylaxe abhängt, also der Vermeidung einer neuerlichen aktiven Hepatitis B in der Transplantatleber. Kommt es zu einer Reinfektion der Transplantatleber, so besteht nämlich die Möglichkeit einer schweren fibrosierenden Verlaufsform, die sehr rasch zu einem Transplantatversagen mit der Notwendigkeit einer Retransplantation führen kann. Initial wurde eine kurzfristige Gabe von Hepatitis-B-Immunglobulinen – spezifischen Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus – zum Zeitpunkt der Transplantation als Reinfektionsprophylaxe eingesetzt.



Dies führte allerdings zu keinem sicheren Reinfektionsschutz. Erst die dauerhafte Gabe von Hepatitis-B-Immunglobulinen hat einen entscheidenden Durchbruch in der Hepatitis-B-Reinfektionsprophylaxe gebracht und dazu geführt, dass Patienten mit Hepatitis B eine ähnlich gute Prognose nach Transplantation haben wie Patienten mit anderen Grunderkrankungen (Abb. 1 u. 2). Während der Lebertransplantation und während der ersten Wochen nach Transplantation werden den Patienten hierbei sehr hohe Dosen von spezifischen Hepatitis-B-Immunglobulinen intravenös verabreicht. Anschließend richtet sich die Höhe der Substitution nach der Höhe des

anti-HBs-Antikörperspiegels im Blut. Dieser sollte – nach derzeitigem Kenntnisstand – 100 IU/l nicht unterschreiten, was durch regelmäßige Immunglobulingabe erreicht wird. Bei Verwendung eines iv.-Präparates wird Hepatitis-B-Immunglobulin in der Regel in 2-4 wöchigen Abständen substituiert. Nachteile dieser Therapie sind gelegentlich auftretende Unverträglichkeitsreaktionen und die hohen Kosten. Neuere Studien belegen, dass eine ebenso gute Reinfektionsprophylaxe auch mit intramuskulärer Verabreichung von Immunglobulinen bei deutlich niedrigeren Kosten erreicht werden kann. Bei dieser Verabreichungsform treten gelegentlich allerdings Schmerzen am Injektionsort auf. Von anderweitigen Problemen wurde bislang nicht berichtet. Die Analyse größerer Patientenkollektive mit längeren Behandlungszeiträumen wird in Zukunft sicherlich Aufschluß über das optimale und wirtschaftlichste Vorgehen Aufschluß geben.

**D**ie Gabe von Hepatitis-B-Immunglobulinen hat keinen Stellenwert in der Behandlung einer Hepatitis-B-Infektion und -Reinfektion, sondern kann nur als Prophylaxe, also zur Verhinderung der Reinfektion der Transplantatleber mit dem Hepatitis-B-Virus eingesetzt werden. Eine Reinfektion der Transplantatleber wird durch Nachweis von HBs-Antigen und HBV-DNS im Blut sowie histologisch mittels Leberpunktion nachgewiesen. Ist es zur Reinfektion gekommen, variiert das Ausmaß der Hepatitis von Patient zu Patient sehr stark, ebenso die Zeitspanne bis zur erneuten Ausbildung einer Leberzirrhose.

**D**ie Verfügbarkeit potenter antiviraler Pharmaka wie Lamivudin und Famciclovir haben einen weiteren wesentlichen Fortschritt in der Prophylaxe sowie in der Behandlung der Reinfektion mit dem Hepati-

## Management der Hepatitis-C-Reinfektion nach Lebertransplantation

tis-B-Virus gebracht. Mit diesen Substanzen ist es in einem sehr hohen Prozentsatz möglich, die Virusreplikation, also die Virusvermehrung effizient zu unterdrücken. Zu einer kompletten Elimination der Virusinfektion kommt es allerdings in der Regel nicht. Es konnte gezeigt werden, dass die alleinige Gabe von Lamivudin als Reinfektionsprophylaxe ebenfalls die Reinfektion im ersten Jahr nach Transplantation in vielen Fällen verhindern kann. Allerdings sollte, bis weitere Studienergebnisse vorliegen, die Hepatitis-B-Immunglobulingabe weiterhin als Standard betrachtet werden, ggf. ergänzt um eine antivirale Substanz.

Ein weiteres Einsatzgebiet der Virostatika ist die Senkung der Hepatitis-B-Viruslast vor Transplantation, nach Möglichkeit unter die Nachweisgrenze. In diesem Zusammenhang muß allerdings darauf hingewiesen werden, dass nach längerer Anwendung dieser Virostatika häufig Hepatitis-B-Virusmutanten entstehen, die resistent auf Lamivudin und Famciclovir sind. Dies bedeutet, dass sich das Virus im Laufe der Zeit verändert und nicht mehr auf die virostatistische Behandlung anspricht. In diesen Fällen kommt es zur erneuten Virusreplikation und Hepatitis.

Derzeit stehen zahlreiche wichtige Fragen im Mittelpunkt der klinischen Forschung und können hier nur kurz angerissen werden:

- » Sollte die Immunsuppression bei Patienten mit Hepatitis B weniger intensiv sein (Verzicht auf Kortikosteroide)?
- » Inwieweit hat eine Hemmung der Virusreplikation vor Transplantation einen Einfluss auf die Langzeitprognose und inwieweit hat die Ausbildung Lamivudin-resistenter Virusmutanten einen Einfluss auf die Langzeitprognose?
- » Welches ist das optimale Regime der Hepatitis-B-Immunglobulingabe?
- » Wie werden antivirale Substanzen am besten als Reinfektionsprophylaxe eingesetzt?

**L**angfristiges Ziel muß die Vermeidung von Lebertransplantationen durch effektive, kombinierte antivirale Therapie sein, die auch bei Patienten mit manifester Hepatitis-B-Reinfektion eingesetzt werden könnte. Die Weiterentwicklung bzw. Entdeckung neuer virostatistischer Substanzen wird in den nächsten Jahren sicherlich neue therapeutische Möglichkeiten in der Behandlung der Hepatitis B eröffnen.

Ca. 20-25 % aller transplantierten Patienten haben eine Hepatitis-C-assoziierte Leberzirrhose als Grunderkrankung. In westlichen Ländern ist die Hepatitis C die Krankheitsursache Nr.1, die zur Transplantation führt. Zum Zeitpunkt der Transplantation liegt in der Regel eine aktiv replizierende Hepatitis vor. Unmittelbar nach Transplantation kommt es zu einem deutlichen Abfall der Virustiter im Blut, die nach Gabe von Immunsuppressiva wieder rasch ansteigen. Eine Reinfektion der Transplantatleber erfolgt praktisch immer, der Verlauf der Reinfektion ist allerdings von Patient zu Patient sehr unterschiedlich. Eine Reinfektionsprophylaxe wie bei der Hepatitis B gibt es bislang nicht. Darüber hinaus konnten keine sicheren prognostischen Faktoren gefunden werden, die vor der Transplantation die Schwere und den Verlauf der Hepatitis-C-Reinfektion abschätzen ließen. So entwickeln etwa 10% aller Patienten nach Transplantation eine schwere Hepatitis-C-Reinfektion, die ähnlich wie die Hepatitis-B-Reinfektion einen schweren fibrosierenden Verlauf nimmt und eine Retransplantation innerhalb der ersten zwei Jahre nach Transplantation notwendig macht. Bei ca. 50 % der Patienten läßt sich eine mäßig aktive chronische Hepatitis nachweisen. Die verbleibenden Patienten haben lediglich einen sehr milden Verlauf. Einige klinisch relevante Fragen sind derzeit Gegenstand intensiver Forschung. So ist nicht hinreichend geklärt, ob Patienten mit Hepatitis C vorzugsweise Cyclosporin oder Tacrolimus als Basisimmunsuppressivum erhalten sollten. Ziel einer ausgewogenen immunsuppressiven Therapie muß die Verhinderung einer Abstoßungsreaktion sein bei gleichzeitig ausreichender Kontrolle der viralen Infektion durch das körpereigene Immunsystem. So kann eine intensivere immunsuppressive Therapie zu höherer Viruslast und schnellerem Fortschreiten des Leberschadens führen. Inwieweit eine Modulation der immunsuppressiven Therapie einen Einfluß auf den natürlichen Verlauf der Hepatitis-C-Reinfektion nimmt, läßt sich derzeit allerdings noch nicht abschließend beurteilen.

**E**ine kombinierte Interferon/Ribavirintherapie ist derzeit therapeutischer Standard zur Behandlung von Patienten mit Hepatitis-C-Virusinfektion vor Lebertransplantation. Berichte der letzten Zeit belegen, dass diese Therapie auch bei transplantierten Patienten mit Reinfektion der Hepatitis C mit Erfolg ein-

gesetzt werden kann. Es zeigte sich, dass – im Gegensatz zu initialen Befürchtungen – die Rate von Transplantatabstoßungen nicht nennenswert erhöht ist. Allerdings ist noch nicht hinreichend geklärt, welcher Patient von einer Therapie profitiert, wann der optimale Zeitpunkt für die Therapie ist und in welcher Dosierung und wie lange behandelt werden sollte. Zu berücksichtigen ist, dass die Verträglichkeit der Therapie unter Umständen aufgrund des geschwächten Allgemeinzustandes des Patienten nach der Operation und der erforderlichen Begleitmedikation (Immunsuppression) deutlich eingeschränkt ist. Dies kann Dosisreduktionen erforderlich machen, die die Therapie unter Umständen in ihrer Wirksamkeit beeinflussen. Zeichnet sich allerdings ein schwerer fibrosierender Verlauf der Hepatitis-C-Reinfektion ab, so scheint ein frühzeitiger Therapieversuch unter Beachtung von Kontraindikationen gerechtfertigt, möglichst unter Studienbedingungen.

**B**ei allen übrigen Patienten wird erst der Langzeitverlauf der Hepatitis-C-Reinfektion nach Lebertransplantation zeigen, wieviele Patienten erneut einen progredienten Leberschaden entwickeln und retransplantiert werden müssen. Dies könnte allerdings in Zukunft zu einer weiteren Verknappung von Spenderorganen beitragen.

Neben regelmäßigen serologischen Verlaufskontrollen ist die Leberbiopsie integraler Bestandteil der Diagnostik der Reinfektion der Hepatitis B und C. Insbesondere gilt es eine Abstoßungsreaktion oder anderweitige pathologische Zustände wie CMV-Infektion uvm. sicher auszuschließen. Dies um so mehr, da die Therapie der Abstoßung eine Intensivierung der Immunsuppression erfordert, bei einer Reinfektion aber vielmehr eine Reduktion der immunsuppressiven Therapie erwünscht ist. Letztendlich erfordert die Betreuung leber-transplantierten Patienten die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Transplantationschirurgen, Internisten und Pathologen.

Zusammengefaßt läßt sich sagen, dass die Langzeitprognose nach Lebertransplantation bei virusbedingter Leberzirrhose mehrheitlich gut ist. Einzelverläufe gestalten sich allerdings problematisch, sodass neue hochwirksame antivirale Therapien dringend notwendig sind. Langzeitziel wird sein, durch effektive antivirale Therapien die Notwendigkeit einer Lebertransplantation bei chronischer Hepatitis B und C auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

• S Kanzler, AW Lohse, G Otto, PR Galle  
Transplantationszentrum Mainz

# Die Computertomografie in der Leberdiagnostik

Eine Vielzahl an nicht invasiven wie auch invasiven bildgebenden Verfahren findet bei der Untersuchung der Leber Anwendung. Diese Vielzahl ist nur der Tatsache zu verdanken, dass jedes dieser Verfahren bestimmte Vorzüge, aber auch gewisse Limitierungen und Nachteile beinhaltet. Eine der aussagekräftigsten und gebräuchlichsten unter diesen bildgebenden Untersuchungsmethoden für die Leberdiagnostik ist gegenwärtig die Computertomographie.

Es handelt sich dabei um eine Untersuchung mittels Röntgenstrahlen, mit der bei Drehung eines Röntgenröhre-Detektor-Systems um den Patienten herum („Abtastvorgang“, Abb. 1), die Summen aller innerhalb einer Körperscheibe vorhandenen Röntgen-Schwächungswerte aus verschiedenen Raumrichtungen („Projektionen“) gemessen werden.

Aus den Meßwerten läßt sich die räumliche Verteilung aller in dieser Scheibe absorbierenden anatomischen Strukturen mathematisch berechnen. Die zahlreichen bei der Rotation gemessenen Schwächungsprofile werden dafür einem Computer zugeleitet, der über einen komplizierten Rechenvorgang („Algorithmus“) diese Berechnung auf einer Zahlenmatrix mit begrenzter Anzahl von Bildpunkten („Pixel“) vornimmt. Diese Zahlen werden mit einer Grauskala in analoge Grautöne übersetzt, womit aus dem numerischen Aufbau der berechneten Scheibe schließlich eine bildhafte anatomische Dokumentation entsteht. Zur Erstellung weiterer Schichten wird der Patient schrittweise in Längsrichtung bewegt.

## Geschichte der Computertomographie

Jahrzehntelang waren Röntgenübersichtsaufnahmen die einzige technische Möglichkeit, um bei einem Patienten eine Abbildung der Leber zu erzielen. Die konventionelle Röntgenbild-Technik zählt zwar nach wie vor, vor allem in der Lungen- und in der Skelettdiagnostik, zu den am häufigsten eingesetzten bildgebenden diagnostischen Methoden in der ärztlichen Praxis, spielt jedoch bei der Untersuchung der Leber heute nur noch eine untergeordnete Rolle. Dies hängt damit zusammen, dass sich zwei physikalische Probleme additiv zum Nachteil der Aussagefähigkeit von Röntgenübersichtsaufnahmen der Leber auswirken: zum einen ist der Röntgenfilm nicht ausreichend empfindlich, um geringfügige Absorptionsdifferenzen erfassen und gut darstellen zu können. Zum anderen handelt es sich bei Röntgenaufnahmen stets um Summationsbilder, auf denen die Informationen über die innerhalb eines Körpers dreidimensional vorhandenen Absorptionsunterschiede auf zwei Dimensionen reduziert werden.

Die 3. Dimension, die Raumdimension also, geht dabei verloren und wirkt sich als Überlagerungsinformation qualitätsmindernd mit zusätzlicher Beeinträchtigung der Dichteempfindlichkeit aus. Die Leber aber ist ein verhältnismäßig voluminöses, homogenes und wenig kontrasthaltiges Organ, die dort vorkommenden normalen oder krankhaft entstandenen Absorptionsunterschiede sind für die Röntgenübersichtsaufnahmen vielfach kaum wahrnehmbar.

Es hat in der Vergangenheit deshalb nicht an Bemühungen gemangelt, Ansätze zu finden, die eine Steigerung der Röntgendichteauflösung und/oder eine Unterdrückung der Überlagerungsanfälligkeit der zweidimensionalen Darstellungsweise ermöglichen. Spezielle Röntgenuntersuchungsverfahren, wie die Angiographie oder die Cholangiographie, die durch Einbringung eines Röntgenkontrastmittels die innere Architektur der Leber für die Röntgenabbildung kontrastreicher gestalten, kamen so

zustande. Technische Entwicklungen wie die Tomographie, 1921 von Bocage erfunden, bei der das Summationsbild einer Röntgenaufnahme durch Bewegung des Abbildungssystems in räumlich hintereinander gereichte, parallele Bildschichten mit geringerer Überlagerung zerlegt, sind entstanden. Die Geschichte der Computertomographie greift auf die Geschichte verschiedener solcher Prinzipien, insbesondere der Tomographie, der mathematischen Bild-Rekonstruktionsalgorithmen und der schnellen Computertechnik, die Grundlage der neuen Technik wurden, zurück. Nach mehrjähriger Konzeption und Entwicklungsarbeit durch den englischen Ingenieur G. N. Hounsfield, konnte damit im Oktober 1971 der erste Patient untersucht werden. Seitdem hat die Computertomographie, die bedeutend sensitiver als der Röntgenfilm Röntgenabsorptionsunterschiede zu erfassen vermag, zahlreiche technische Verbesserungen erfahren. Da bei der computertomographischen Untersuchung des Körpers möglichst kurze

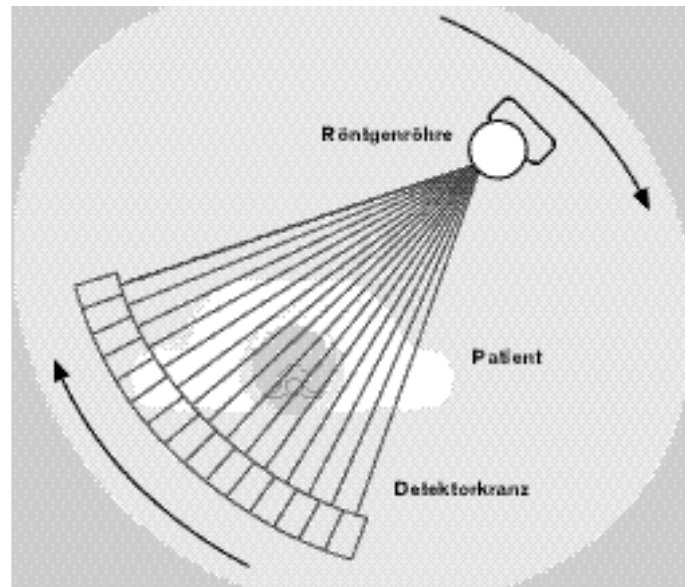


Abb. 1: Schematische Zeichnung der Anordnung und der Bewegung des Röhren-Detektor-Systems eines Computertomographen.

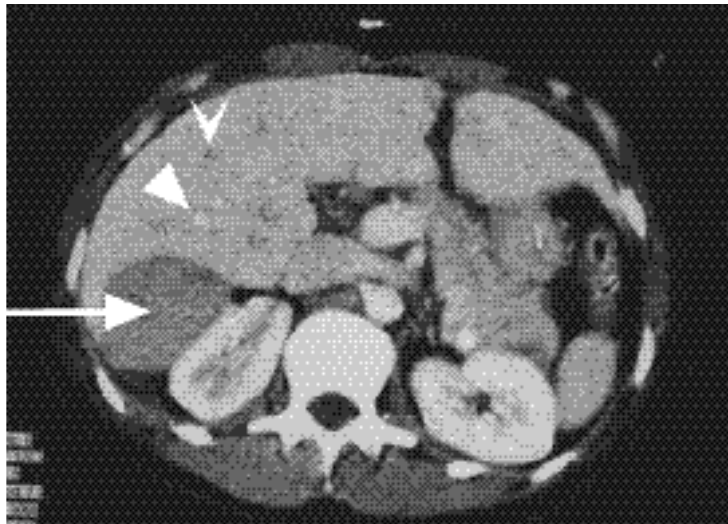
Abtastzeiten erforderlich sind, um Bewegungsartefakte durch Gefäßpulsationen, Atmung oder Peristaltik zu vermeiden, haben die Fortentwicklungen der Methode vorrangig der Beschleunigung der Mess- und Berechnungszeiten gedient. Die ursprünglichen Geräte führten alternierend gegenläufige Translations-Rotationsbewegungen des Röhren-Detektorssystems und schrittweise eine Tischverschiebung durch, sie benötigten mehrere Minuten um eine Einzelschicht („sequenzielles CT“) zu erzielen.

Bei der nächsten Gerätegeneration wurde die Translationskomponente der Datenaquisition aufgegeben, die Geräte führten dann ausschließlich eine alternierende bidirektionale Rotation aus.

Diese Technik wurde schließlich durch unidirektional dauerrotierende Systeme mit kontinuierlicher Tischverschiebung ersetzt, die eine Schicht („Spiral-CT“) in weniger als 1 sec. zu liefern vermögen. Bei den Geräten der neuesten Generation wurde durch Vielfältigung der detektorseitig verwendeten Meßreihen die simultane Aquisition mehrerer solcher Schichten ermöglicht. Damit gelingt es schon, die gesamte Leber in weniger als 15 sec. zu tomographieren.

## Computertomographie der Leber

Seit der Einführung der Ganzkörper-CT wurden mögliche Anwendungen, ebenso wie die Vor- und Nachteile der Methode für die Leberdiagnostik intensiv untersucht. Bedingt vor allem durch die begrenzte Kapazität, die nur eine limitierte Anzahl an Untersuchungen pro Tag zuläßt, eignet sich die Computertomographie nicht, um als orientierende, primäre Untersuchungsmethode eingesetzt zu werden, diese Aufgabe wird besser durch die Sonographie wahrgenommen. Die Computertomographie entwickelte sich statt dessen zu einer weiterführenden, problem-lösenden Untersuchungstechnik, die vornehmlich bei der Diagnostik von fokalen Leberveränderungen, zu ihrem Nachweis, aber ganz besonders auch zu ihrer Deutung, eingesetzt wird. Sie ist das Mittel der Wahl zur Beurteilung der Abdominalorgane bei Bauch- und Leberverletzungen (**Abb. 2**). Sie



**Abb. 2:** Kontrastmittelverstärkter Oberbauchschnitt einer 25-jährigen Frau nach Verkehrsunfall, Bluterguß (Pfeil) in der Nähe der Leberkapsel. Offener Pfeilkopf: Gallengänge; geschlossener Pfeilkopf: kontrastierter Pfortaderast.

kann ebenso bei diffusen Affektionen, wie Hämochromatose oder Cirrhose, indiziert sein. Weit verbreitet ist ihre Anwendung als Führungshilfe bei Eingriffen, z.B. bei Gewebeprobeentnahmen oder bei Abszeßdrainagen, da sie einen kompletten und uneingeschränkten Überblick nicht nur der gesamten Leber, sondern auch der übrigen Oberbauchorgane in ihrer räumlichen Beziehung zur Leber bietet. Für den Leberchirurgen gehört sie deshalb zu den präoperativen diagnostischen Bausteinen, die bei der Planung eines Eingriffes, ob eine Teilresektion oder eine Transplantation, eingesetzt werden.

**D**ie in der Leber enthaltenen Strukturen, ihr unterschiedlicher Gehalt an Wasser, Fett, Zellen, Bindegewebe, Blut, Kalk, etc. bedingen eine unterschiedliche örtliche Elektronendichte und somit unterschiedliche Röntgenstrahlenschwächungen, was die CT-Detektoren um ein vielfaches empfindlicher als die Röntgenfilme registrieren. Dabei ist man für die Bilderzeugung keineswegs auf ein geeignetes Fenster angewiesen, Knochen, Luft, Fett, etc. wirken sich nicht – wie etwa bei der Sonographie – qualitätsmindernd aus. Die Möglichkeit, durch Kontrastmittelgabe die Dynamik der Durchblutung der Leber, wie auch jene der krankhaften Veränderungen darstellen zu können, hat unser Wissen über die Perfusionsdynamik im Inneren der Leber bereichert, und wird diagnostisch z.B. bei der Deutung fokaler Leberveränderungen oder nach einer Lebertransplantation zur Bestimmung der Leberperfusionverhältnisse ausgenutzt. Unter standardisierbaren Bedingungen, mit geringerer Untersucherabhängigkeit als beispiels-

weise die Sonographie, läßt sich mit der Computertomographie, gut reproduzierbar, eine ausgezeichnete, anatomisch verständliche Bildqualität erzielen.

Das Untersuchungsprotokoll – die Vorbereitungen zur Untersuchung, beispielsweise die orale Einnahme einer Kontrastmittellösung zur zusätzlichen Darmkontrastierung, die erforderlichen Untersuchungsparameter sowie der Ablauf des Untersuchungsvorganges – wird von der jeweiligen Fragestellung vorgegeben. Dabei wird die Leber mit allen angrenzenden Oberbauchstrukturen jeweils schei-

benweise transversal zur Körperlängsachse erfaßt und dargestellt. Durch Nachbearbeitung der Summe aller angefertigter, transversaler Bilder können Reformatierungen des Datensatzes mit zweidimensionalen Bildrekonstruktionen in allen Körperebenen oder mit 3-D-Ansichten erstellt werden.

**A**uch ohne Kontrastmittelanwendung („native CT“) erfaßt man damit aussagekräftige anatomische Details der Leber und der übrigen Oberbauchorgane. Sie eignen sich zur Beurteilung der Größe, der Oberfläche und der Ränder, ebenso wie der Dichte und der Homogenität der Leber, der Morphologie der Gefäße und der Gallengänge, der Anwesenheit und Verteilung von Fettgewebe, Verkalkungen, Blutungen, Luft, Galle, etc., Informationen die eine Aussage zur Morphologie und Beschaffenheit der Leber und der sie umgebenden Organe ergeben (**Abb. 3**). Da die Untersuchung eine gewisse Strahlenbelastung der untersuchten Körperregion beinhaltet, wird der Untersucher im Interesse einer niedrigen Strahldosis bestrebt sein, die Anzahl an Schichten so gering wie möglich zu halten.

**A**uf Grund des vielfach nur sehr geringfügigen Absorptionsunterschiedes zwischen der gesunden Leber und den krankhaften Gewebsveränderungen, kann bei vielen Fragestellungen, insbesondere bei der Abklärung von raumfordernden Veränderungen der Leber – die sich in der nativen CT u. U. nicht oder kaum vom normalen Lebergewebe abheben – die intravenöse Gabe eines wasserlöslichen, nierengängigen Kontrastmittels zur Kontraststeigerung, zur Darstellung der Gefäße oder zur Beurteilung

der Durchblutungsverhältnisse erforderlich sein. Dank der Besonderheit, daß die Leber Blutzustrom sowohl von der A. hepatica (zu etwa 20%) als auch von der Pfortader aus (zu ca. 80%) erhält, durchläuft die Kontrastmittelanreicherung der Leber in kürzester Zeit verschiedene Phasen, die mit einem schnellen Computertomographen mit diagnostischen Gewinn getrennt („mehrphasische CT“) dargestellt werden können (**Abb. 3 und 4**).

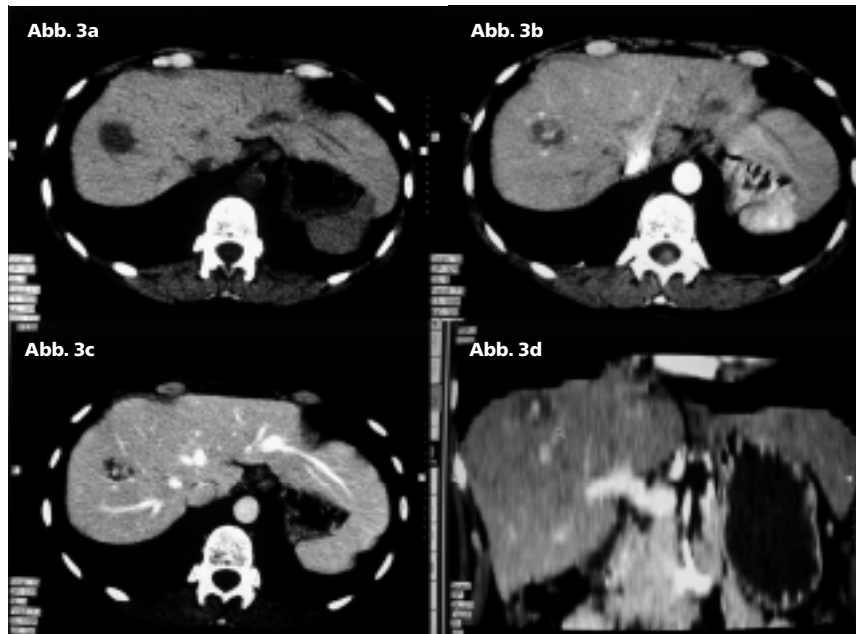
**D**as in eine Armvene mit kontrollierter Geschwindigkeit (einige wenige ml/sec) injizierte Kontrastmittel wird nach Durchtritt durch die Lunge mit dem Blut aus dem Herzen in die Hauptschlagader gepumpt. Von der Hauptschlagader aus wird dann die Leber nach wenigen Sekunden über die A. hepatica und ihre Äste, die sich kräftig kontrastieren, erreicht („arterielle Phase“). Läsionen, die vornehmlich arteriell versorgt sind, wie die meisten Tumoren, kommen in dieser Phase kontrastverstärkt (**siehe Abb. 3c und 4b**) zur Abbildung. Wenige Sekunden später, während des Verschwindens dieser Phase, tritt der kontrastmittelangereicherte Blutstrom über die hervorgehobene Pfortader in die Leber ein, das Lebergewebe erreicht wenig später die maximale Kontrastierung. Läsionen die nicht über die Pfortader ernährt werden, kommen auf diesen Aufnahmen („portovenöse Phase“) als Defekt (**Abb. 3 d**) zur Darstellung. Aus dem Durchblutungsmuster lassen sich Rückschlüsse auf die Gefäßversorgung und damit auch auf die Artdiagnose von Leberveränderungen (**Abb. 4**) ziehen. Die individuelle Gefäßanatomie, die für die Planung chirurgischer Eingriffe von Bedeutung sein kann, läßt sich durch zwei- und dreidimensionale Rekonstruktionen dieser Aufnahmen für den Operateur

räumlich übersichtlich dokumentieren. Bei Gabe eines gallengängigen Kontrastmittels ist es auch möglich, ähnlich wie bei einer ERCP, den Gallengangsbaum räumlich übersichtlich darzustellen.

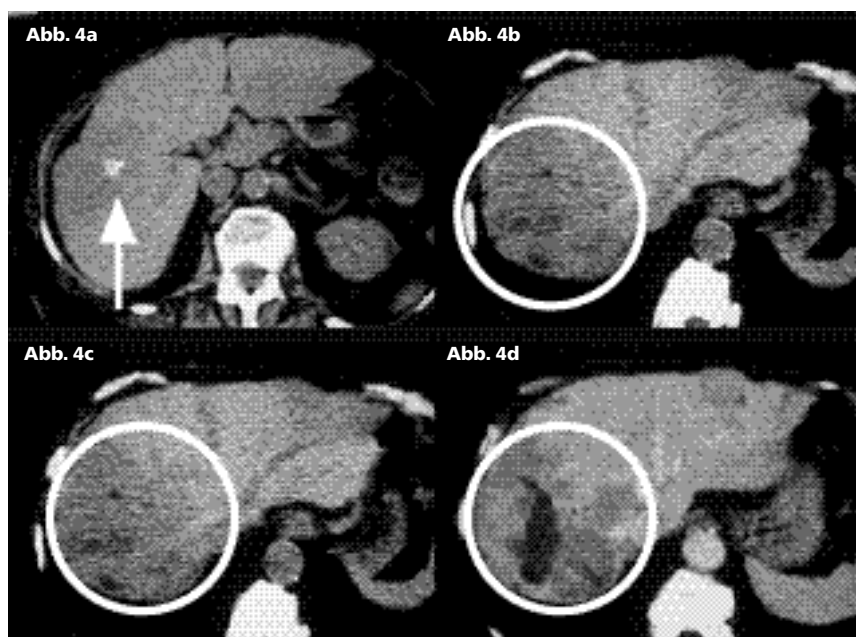
Die Computertomographie hat maßgeblichen Einfluß auf den medizinischen Fortschritt, auch auf dem Gebiet der Leber, ausgeübt. Ihre Bedeutung fand in der Welt der

Wissenschaft frühzeitig mit der Verleihung des Nobelpreises für Medizin 1979 an G.N. Hounsfield die ihr gebührende Anerkennung. Bei dem gegenwärtigen Stand der Technik unserer bildgebenden Verfahren ist zu vermuten, daß sie noch lange Zeit eine tragende Rolle, auch im diagnostischen Arsenal der Hepatologie, ausüben wird.

• Prof. Dr. Peter Prager



**Abb. 3:** Drei-Phasen-CT einer herdförmigen Leberläsion bedingt durch ein Hämangiom (Blutschwamm). a) CT ohne Kontrastmittel mit Defektbildung durch Hämangiom, b) arterielle Phase mit zentralem beerenartigen Kontrastanstieg innerhalb des Leber-Defektes, c) jetzt in der Pfortaderphase Kontrastanstieg am Rande des Herdes, d) Rekonstruktion in Längsrichtung in der Ansicht von vorne, Darstellung in der Ebene der Pfortader und des Hämangioms, welches am typischen Durchblutungsmuster erkenntlich wird.



**Abb. 4:** Computertomographie bei Leberabsiedlungen einer hormonausschüttenden Darmgeschwulst. a) einzelne Verkalkungen (Pfeil) finden sich im Nativ-CT im rechten Leberlappen, b) ferner sind mehrere Areale unterschiedlich erniedrigter Dichte (eingekreist) sichtbar. c) Diese Areale erscheinen in der arteriellen Phase teilweise gut perfundiert und deshalb heller. Dunkel sind hingegen Geschwulstanteile mit fehlender Durchblutung. d) Zum Zeitpunkt der Pfortaderphase sind die Tumoranteile insgesamt weniger durchblutet als das Lebergewebe, daher dunkler als dieses dargestellt.

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Peter Prager  
Klinik für Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin  
Klinikum Heilbronn GmbH  
Am Gesundbrunnen 20-24  
74076 Heilbronn  
Tel. 07131-493815, Fax 07131-493849  
e-mail: pprager@klinikum-heilbronn.de

#### Weitere Informationen sind zu finden unter:

<http://pl.physik.tu-berlin.de/groups/pg235>  
[http://www.medicin.de/htmldeutsch/moderne\\_diagnosegeraete](http://www.medicin.de/htmldeutsch/moderne_diagnosegeraete)  
<http://www.kfa-juelich.de/3/tomo>  
<http://www.klinik.uni-mainz.de/neurops>  
<http://www.mp.informatik.uni-mannheim.de/groups/virim>

# Unser Blut

## Roter Saft mit bedeutungsvollem Inhalt

Das Blut des Menschen macht rund 7 % des Körpergewichts aus. Beim normalgewichtigen Erwachsenen sind dies also ca. 5 bis 6 Liter. Bei zu hohem Blutverlust droht der Tod, bei manchen schweren Krankheiten ist ein Weiterleben nur durch Bestandteile aus Spenderblut möglich. Fehlt z.B. erblich bedingt ein bestimmtes Eiweiß im Blut, kann die Blutgerinnung gestört sein und kleine Wunden möglicherweise zum Verbluten führen, werden Gehirnzellen mehr als zehn Minuten nicht mit Blut versorgt, gehen diese zugrunde, wird die Durchblutung in peripheren Kapillargefäßen, z.B. durch Rauchen, unterbunden, können Zehen oder Finger absterben – die Liste ließe sich noch lange fortsetzen. Fest steht: Das Blut, das angetrieben vom Herzmuskel, über einen geschlossenen, doppelten Kreislauf im Körper verteilt wird, ist lebensnotwendig.

### Blut: Fest oder flüssig?

Betrachtet man frisch aus einer Wunde ausgegetrenntes Blut unter einem Mikroskop, so erkennt man eine klare Flüssigkeit in der schwach rötlichgelb gefärbte Gebilde schwimmen. Darzwischen sind auch noch etwas größer und anders geformte Körperchen zu erkennen. Das Blut besteht also aus zwei grundsätzlich verschiedenartigen Bestandteilen: Blutplasma (Blutflüssigkeit) und den Blutkörperchen (geformte Bestandteile).

## Die festen Bestandteile

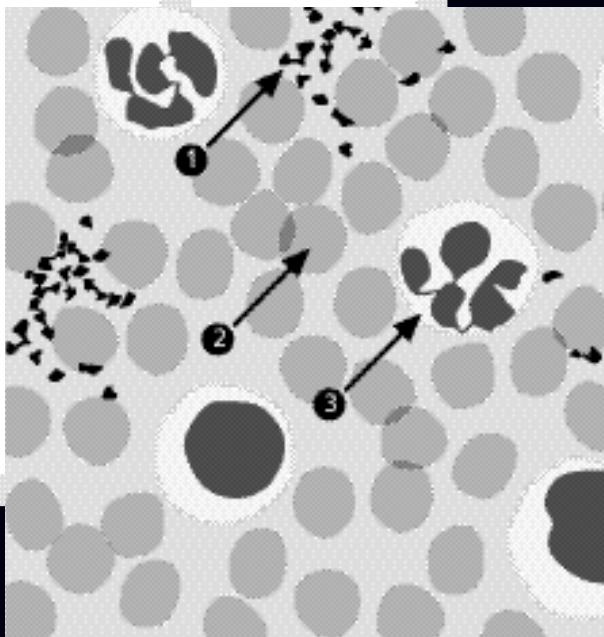


Abb.1: Mikroskopisches Blutbild

1 Blutplättchen; 2 Rote Blutkörperchen; 3 Weiße Blutkörperchen

### Intakte Rote Blutkörperchen –

#### Kein Sauerstoffproblem

Die Gesamtzahl der Roten Blutkörperchen beim Erwachsenen beträgt ca. 25-30 Billionen. Die Gesamtoberfläche ausgetretet und aneinandergelagert entspricht der eines halben Fußballfeldes. Diese üppige Ausstattung hat ihren Sinn: Die Roten Blutkörperchen enthalten den roten Farbstoff Hämoglobin. Dieser hat die Fähigkeit Sauerstoff in den Lungen an sich zu

binden und im Bedarfsfall nach Transport durch den Körper an Zellen und Gewebe wieder abzugeben. Das sauerstoffreiche (im Körper arterielle) Blut sieht hellrot aus; das sauerstoffarme Blut der Körpervenen ist dunkelrot und wird über den Lungenkreislauf wieder mit Sauerstoff versorgt. Die Roten Blutkörperchen werden im Knochenmark gebildet und haben eine Lebensdauer von ca. 120 Tagen. Sie werden in Milz und Leber abgebaut, müssen also laufend nachgebildet werden.

### „Gelbsucht“ durch gestörten Blutfarbstoffabbau

Das Bilirubin ist ein Stoff in der Abbaureihe des roten Blutfarbstoffes. Ist die Leber stark geschädigt, kann diese den Abbau dieses gelben Stoffes nicht mehr in genügendem Maße leisten. Bilirubin lagert sich dann in den Zellen des Körpers ab und wird an der Haut und in den Augen als Gelbsucht deutlich.

### Die „Weiße Abwehr“

Die etwas größeren unregelmäßig geformten Blutzellen mit Zellkern sind die Weißen Blutkörperchen oder Leukozyten (leukos, gr. weiß). Diese lassen sich nicht nur mit dem Blutstrom treiben, sondern können sich auch aktiv, z.B. in Richtung eines Entzündungsherdes, fortbewegen. Sie umschließen Krankheitserreger und vernichten diese, gehen dabei häufig selbst zugrunde und bilden dann manchmal mit Geweberesten zusammen den Eiter. Die Anzahl der Weißen Blutkörperchen ist wesentlich geringer als die der Roten. Auf ein Weißes kommen ca. 700-800 Rote.

### Zur Vorbeugung die Impfung –

#### Die Lymphozyten bekommen Arbeit

Eine bestimmte Gruppe der Weißen Blutkörperchen, die Lymphozyten, sorgen für die spezifische Abwehr von Krankheitserregern. Sie bilden z.B. spezielle Antikörper gegen Erreger von Infektionskrankheiten. Bei der aktiven Immunisierung (Impfung) werden geringe Mengen evtl. abgeschwächter oder abgetöteter Krankheitserreger injiziert und somit die Antikörperproduktion angeregt, so dass das Immunsystem auf eine mögliche Infektion vorbereitet ist. Ist eine schwere Infektionskrankheit, mit der der Mensch selbst nicht fertig wird, bereits ausgebrochen, können in manchen Fällen Antikörper direkt gespritzt (passive Immunisierung) werden.



### Blutplättchen – Klein aber wichtig

Im Mikroskop kaum zu sehen sind die Blutplättchen oder Thrombozyten (gr. thrombos – Klumpen, kytos – Zelle). Es sind kleine Gebilde (0.0004 mm im Durchmesser), die schnell zerfallen und eine wichtige Funktion bei Wundverschluss und Blutgerinnung spielen: Tritt aus einer Wunde Blut aus, wird dieses schnell fest und bildet einen die Wunde verschließenden Pfropf. Dieser Vorgang wird Blutgerinnung genannt, der Pfropf besteht aus einem Gewirr von Eiweißfäden (Fibrin). Flüssiges Blut enthält kein Fibrin, sondern eine Vorstufe, das Fibrinogen. Kommt das Blut mit rauen Oberflächen in Berührung, so zerfallen die Blutplättchen und entlassen ein Eiweiß, das zusammen mit Calcium zur Gerinnung des Fibrinogen in Fibrin führt.

### Blutgerinnung – Nützlich oder Schädlich?

Handelt es sich bei der blutgerinnungsauslösenden rauen Oberfläche um einen Wundrand, hat die Blutgerinnung im Sinne des Wundverschlusses eine wichtige Bedeutung. „Reiben“ sich die Thrombozyten aber an durch Ablagerungen unregelmäßigen Blutgefäßwänden, kann es durch Blutpfropfen zur Thrombose kommen. Je nach Ort eines durch Thromben endgültigen Gefäßverschlusses ist die Folge dann z.B. ein Schlaganfall (Kopf), ein Herzinfarkt, eine Lungenembolie. Reißt ein Stück eines solchen Thrombus z.B. des Beines ab und wird mit dem Blutstrom weggeschwemmt, kann er eine so gefürchtete Embolie an Lunge, Herz oder Gehirn hervorrufen. Gefährdete Patienten erhalten Medikamente zur Verbesserung der Fließfähigkeit des Blutes (z.B. Marcumar). Im Falle des Budd-Chiari-Syndrom wird die Durchblutung der Leber durch Thrombosen der Lebervenen gestoppt. Dieses Syndrom stellt auch eine der Indikationen zur Lebertransplantation dar.

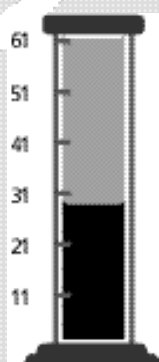


Abb. 2: Darstellung Blutsenkung

Blutplasma  
(Serum und  
Fibrinogen)

Blutkörperchen  
(rote, weiße  
und Blutplättchen)

## Die Blutflüssigkeit

Lässt man frisch entnommenes Blut unter Luftabschluss stehen, so sinken allmählich die geformten Bestandteile zu Boden. Als Überstand wird deutlich das Blutplasma sichtbar. Aus dieser Blutsenkungsgeschwindigkeit kann der Arzt Rückschlüsse auf z.B. Entzündungszustände im Körper ziehen. Plasma besteht zu 90% aus Wasser. Zehn Prozent sind darin gelöste Bestandteile. Es enthält viel Eiweiß für Wachstum und Baustoffwechsel, Fett, Traubenzucker und Kochsalz in ungefähr gleichbleibenden Mengen. Auch das oben erwähnte

Fibrinogen, Antikörper, Hormone als Botenstoffe und viele andere lebenswichtige Stoffe mehr kursieren im Blut. Auch unser Wärmehaushalt wird über die Temperatur des Blutes geregelt.

### Laborwerte – Chemie im Blut, ein Buch mit sieben Siegeln?

Menge und Art der zellulären und gelösten Blutbestandteile pro definierter Menge können durch vielfältige Laboruntersuchungen erfasst werden. Diese Laboruntersuchungen haben einen wichtigen Stellenwert in der Vorsorgemedizin, der Diagnostik, der Verlaufskontrolle von Erkrankungen und Behandlungen.

### Die Oberfläche der gesamten roten Blutkörper- chen eines Erwachsenen entspricht der Oberfläche eines halben Fußballfeldes

#### Das kleine Blutbild

Nachfolgend sollen die Begriffe, die im Laborbefund immer wieder zu lesen sind, erläutert werden und sind in Zusammenhang mit dem obigen Text dann sicherlich gut verständlich: Das kleine Blutbild umfasst die Anzahl der roten Blutkörperchen (Erythrozytenzahl), Blutfarbstoff (Hämoglobin), Messwerte zur Beurteilung der Form der roten Blutkörperchen (Erythrozytenindizes: MCV, MCH, MCHC, RDW), Anteil aller festen Bestandteile am Gesamtblut (Hämatokrit), die Anzahl der Blutplättchen (Thrombozyten) und Anzahl der weißen Blutkörperchen (Leukozyten).

#### Das Differentialblutbild

Werden spezielle Untersuchungen bezüglich der weißen Blutkörperchen notwendig, wird das kleine Blutbild auf das Differentialblutbild erweitert. Die weißen Blutkörperchen (Leukozyten) kommen in verschiedenen Formen vor und haben unterschiedliche Aufgaben. Man unterscheidet segmentkernige neutrophile und stabkernige neutrophile, eosinophile und basophile Granulozyten, Lymphozyten und Monozyten. Je nach Veränderung kann auf Infektionen und entzündliche Prozesse geschlossen werden oder auch der Verlauf eines infektiösen Prozesses beurteilt werden. Erhöhte oder erniedrigte Laborwerte lassen keinen direkten Schluss auf ein Krankheitsbild zu. Viele Faktoren sind für eine Gesamtbeurteilung wichtig. Aus diesem Grund ist an dieser Stelle auf diesbezügliche Kausalzusammenhänge verzichtet worden. • Jutta Riemer

#### Quellen:

- Wormser, Dr. med Eberhard,  
Handbuch Normalwerte, Midena Verlag, Augsburg, 1999
- Biologie heute II, Hrsg. W. Miram, K-H.  
Scharf, Schroedelverlag, Hannover 1995
- Klinisches Wörterbuch, Pschyrembel, 257. Auflage.

# Eine Ausstellung fürs Leben

Eine Bilderausstellung des Fotografen Henning Haake und eine Informationsausstellung der Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e. V. im Foyer des Landratsamtes Schwäbisch-Hall sollten vier Wochen lang die Bevölkerung anregen sich zum Thema Organspende zu informieren und zu einer persönlichen Entscheidung zu kommen.

## Stimmungsvolle Fotografien

Die stimmungsvollen Fotografien des Henning Haake geben einmal mehr, einmal weniger direkt den Impuls, sich dem Thema Organspende zuzuwenden. Seine wichtigsten Motive sind Landschaften im Wechsel zwischen Jahreszeiten aber auch Bilder aus der Umgebung des Ausstellungsortes sind zu finden – und immer wieder der Ballon mit der Aufschrift „Arbeitskreis Organspende“. Die Motivation, sich gerade mit diesem Thema zu befassen, bekam er durch einen zufälligen Ballonfahrtgewinn. Während der langen Fahrt über die schneebedeckte Landschaft kam Haake mit dem Piloten Rainer Rilling ins Gespräch und erfuhr so, dass dessen Sohn gerade totkrank mit einem angeborenen Leberleiden auf ein Spenderorgan wartete.

Mit dem Organspendeballon hoffte der Gomaringer auf sein Anliegen aufmerksam zu machen. Doch bevor der Ballon das erste mal startete, war der dreijährige Benjamin schon gestorben. Jetzt sollen auch die Bilder den Gedanken weitertragen.

## Informationsausstellung der Selbsthilfe Lebertransplantierte

Die Bilderausstellung gibt Impulse, regt zu ersten Gedanken in Richtung „Organspende“ an. Die Informationen, die notwendig sind bis der Besucher „seine Entscheidung“ treffen kann, lieferte die Selbsthilfe Lebertransplantierte in Form von vier Ausstellungswänden. Hier wurde einerseits der Leidensdruck dargestellt, dem Wartepatienten vor einer Transplantation

ausgesetzt sind, andererseits auch auf die Erfolgsaussichten von Transplantationen hingewiesen. Auch über die momentane Spendesituation, die wichtigsten gesetzlichen Regelungen, die Hirntodfeststellung und den Ablauf einer Transplantation konnten sich die Besucher informieren. „Fassen Sie sich ein Herz – Vielleicht brauchen Sie einmal ein zweites!“. Die letzte der Infowände stellte einen Appell dar, eine persönliche Entscheidung zu treffen, diese zu dokumentieren und mit der

Familie über dieses Thema zu sprechen.

## Schülergruppen nutzten die Gelegenheit

Drei Schülergruppen aus Crailsheim und Künzelsau nutzten unser Angebot einer einstündigen Führung entlang unserer Informationsausstellung. Diskussionen und viele Fragen bestätigten, dass es ein interessanter „hautnaher“ Vormittag für die jungen Leute war.

• Jutta Riemer



# Das Transplantationsgesetz ist 2! Glückwunsch??

**In Bezug auf die Anzahl der postmortalen Organspenden im letzten Jahr ist hier doch eher Zurückhaltung angesagt: Rückgang 1999 gegenüber 1998 um 6,5% !**

Die Zahl der Verstorbenen, denen Organe entnommen wurden, ging von 1111 im Jahr 1998 auf 1039 im Jahr 1999 zurück. Dass die Gesamtzahl der Transplantationen nur um 0,6% rückläufig war, hängt vor allen Dingen mit der Forcierung der Lebendspenden zusammen.

## Weniger postmortale Leberspenden – Zunahme bei der Lebendspende!

Die Anzahl der Lebertransplantationen konnten nur deshalb einen leichten Anstieg verzeichnen, weil von 757 transplantierten Lebern 41 von Lebendspendern zur Verfügung gestellt wurden. Im Jahr zuvor waren dies nur 25 von 722. Auch das Lebersplitting postmortal gespendeter Lebern ist verstärkt durchgeführt worden (Anstieg von 9% 1998 auf 11,8% 1999 bezogen auf die Gesamtzahl der Lebertransplantationen). Auch dies bewirkte den Anstieg der Gesamtzahl der Lebertransplantationen im Jahr 1999. Leicht angestiegene Zahlen im Bereich Lebertransplantation bedeuten keineswegs Entwarnung bei der postmortalen Organspende. Dies wird auch bei den Nierentransplantationen deutlich: Der Lebendspendeanteil stieg von 14,6% auf 16,7%. Trotz der Zunahme der Lebendspende sank die absolute Anzahl an Nierentransplantationen um 6,8% gegenüber dem Vorjahr ab.

## Herztransplantation rückläufig: Kein Splitting – keine Lebendspende!

Besonders deutlich wird die Situation der postmortalen Organspende in Deutschland am Rückgang der Herztransplantationen – denn hier gibt es weder Lebendspende noch Splitting! Die Situation im Hinblick auf die postmortale Organspende ist weiterhin als überaus unbefriedigend anzusehen.

„Die Organspende in Deutschland hat durch das Transplantationsgesetz vom Dezember 1997 noch nicht den erhofften Aufschwung genommen. Erst wenn die Neuorganisation der Organspende, die das Gesetz vorsieht, umgesetzt ist, erwarten wir eine Steigerung der Zahlen.“, so Prof. Molzahn von der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

## Regelungen der Länder lassen auf sich warten!

Wir als Betroffenenorganisation, die auch Wartepatienten vertritt, sehen mit großer Sorge dieser zähen Entwicklung zu. Müssen wir doch erleben, dass viele Bundesländer keine Landesausführungsgesetze verabschiedet haben,

obwohl dies im Transplantationsgesetz ausdrücklich als Möglichkeit vorgesehen ist. Es werden nicht die zur Aufklärung verpflichteten Stellen präzise per Gesetz benannt. Es werden keine Transplantationsbeauftragten gesetzlich gefordert. In manchen Bundesländern blieb es bei einem unverbindlichen Appell des Sozialministers an die Krankenhäuser einen solchen zu benennen. Aber nur dort, wo gezielte Aufgabenbeschreibung und Fortbildung greifen, kann auf Verbesserung der Überlebenschance für Wartepatienten gehofft werden. Aussitzen hat noch in wenigen Fällen Erfolge eingebracht. Fatal ist diese Politik allerdings, wenn es um Menschenleben geht: Jeden Tag sterben in Deutschland mehrere Menschen, die durch eine realisierte Organspende die Möglichkeit gehabt hätten als „gesunde Transplantierte“ in ihr soziales Umfeld zurückzukehren. • Jutta Riemer

### Die Zahlen im Überblick:

**Wartepatienten in Deutschland derzeit: 14.000**

Transplantationen (absolut)	1998	1999
Niere	2340	2275
davon: Lebendspenden	343	380
Herz	542	500
Leber	722	757
davon: Lebendspenden	25	41
davon: Splitlebern	65	90
Lunge:	131	146
davon: Herz-Lunge	14	20
Pankreas	183	218
davon: Niere-Pankreas	171	205
Gesamt	3918	3896

Quelle: Statistik „Organspende und Transplantation“, Deutsche Stiftung Organtransplantation.

### Transplantationen in Deutschland: Januar bis April 2000 im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresraum

	1999	2000
Niere	577	637
Leber	169	197
Splitleber	31	37
Lunge:	131	146
Bauchspeicheldrüse und Niere	63	78
Herz	127	133
Herz und Lunge	9	2
Doppellunge	30	29
Einlunge	12	15

Quelle: Eurotransplant

# 20 Jahre Arbeitskreis Organspende (AKO)

## 31 Mitgliedsorganisationen leisten

### Aufklärungsarbeit zum Thema

#### Organspende

Organspende – noch vor 20 Jahren eine spektakuläre Schlagzeile in Deutschland. Zwar waren Mitte der 70er Jahre die medizinischen Probleme der Nierentransplantation weitgehend gelöst, die Aufklärung über Organspende stand jedoch erst am Anfang. 1979 wurde durch das KfH (Kuratorium für Heimdialyse) der Arbeitskreis Organspende ins Leben gerufen. Seine Aufgabe Aufklärung und Verbreitung von

Information zur Organspende und Transplantation sowie die Förderung der Organspendebereitschaft.

Neun Organisationen, darunter der ADAC, die Bundesärztekammer, das Deutsche Rote Kreuz, Spitzenverbände der Krankenkassen und Patientenorganisationen, schlossen sich am 9. November 1979 zusammen, um mit intensiver und koordinierter Öffentlichkeitsarbeit die Bereitschaft zur Organspende zu fördern. Schirmherr ist der Bundesminister für Gesundheit.

**Heute gehören dem AKO 31 Mitgliedsorganisationen an, ohne deren Mitwirkung eine bundesweite Aufklärung nicht möglich wäre.**

Rund 20.000 Anfragen beantwortet der AKO jährlich. Über 40 Millionen Organspendeausweise und Informationsschriften

wurden kostenlos verbreitet. Darüber hinaus verleiht er Ausstellungswände, unterstützt die Organisation des bundesweit jährlich stattfindenden „Tag der Organspende“, vermittelt Referenten und ist Ansprechpartner für die Medien. Jeder interessierte Bürger erhält Informationen rund um das Thema Organspende, im Internet unter <http://www.akos.de> oder per Post unter der Adresse Arbeitskreis Organspende, Postfach 1562, 63235 Neu-Isenburg oder per Email: [presse@akos.de](mailto:presse@akos.de)

Quelle: Pressemitteilung des AKO

Anmerkung der Redaktion:

Auch die Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V. ist Mitglied im AKO

## Streetwork für Organspende: Lläuft das Projekt aus?

**Grundlegende Änderungen wird es zum Jahr 2001 beim Streetwork für Organspende geben: Nach jahrelangem Engagement kann die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) aufgrund ihrer Beauftragung zur gesetzlich vorgesehenen Koordinierungsstelle nicht mehr ihren bisherigen Finanzierungsanteil leisten.**

Auftrag der fünf Streetworker für Organspende ist die Aufklärung der Bevölkerung vor Ort. Von vier verschiedenen Standorten aus (Berlin, Bochum, Hannoversch Münden und Halle) informieren sie in Schulen, Vereinen, Behörden und privaten Institutionen, verteilen Informationsmaterial und Spenderausweise und stehen der Bevölkerung für Fragen rund um die Organspende zur Verfügung. Finanziert wird die Arbeit der Streetworker momentan zu gleichen Teilen von der DSO und der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

„Große Initiativen der DSO im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit für die allgemeine

Bevölkerung werden durch die Kostenträger ab 2001 nicht mehr erstattet“, teilt Prof. Martin Molzahn, Vorstandsvorsitzender der DSO, mit. Dieses sieht der Vertrag vor, den die DSO gemäß dem Transplantationsgesetz mit den Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft schließt. Demnach kann die DSO die Öffentlichkeitsarbeit für die Bevölkerung zwar unterstützen, aber nicht mehr maßgeblich selbst betreiben und finanzieren. „Der Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit der DSO wird in Zukunft in den Krankenhäusern liegen“, erläutert Molzahn. Auch die BZgA hat in ersten Gesprächen deutlich gemacht, dass sie das Streetwork-Projekt nicht allein weiterführen können. „Wir würden es begrüßen, wenn andere Institutionen das Projekt fortführen würden“, sagt Molzahn weiter. Die Streetworker hätten bei ihrer Arbeit viel geleistet und großen persönlichen Einsatz gezeigt. Die DSO hoffe daher sehr, dass neue Träger das Projekt aufgreifen würden. „Streetwork für Organspende trägt dazu bei, die Bevölkerung für das Thema zu sensibilisieren und zum Nachdenken anzuregen“, meint Molzahn.

Der erste Streetworker für Organspende, Karl-Heinz Pranat, ist bereits seit 1995 als Mitarbeiter der DSO in Berlin tätig. Der Erfolg seiner Arbeit veranlasste die DSO, das Projekt auszuweiten und von 1997 an weitere Mitarbeiter einzustellen. Seit 1998 trägt die Bundeszentrale für Gesundheitliche Auf-

klärung die Hälfte der Finanzierung. Aus dem Pilotprojekt wurde eine Kooperation von DSO und BZgA, die bis heute Modellcharakter hat.

Unzählige Veranstaltungen haben die Streetworker inzwischen besucht und zum Teil selbst durchgeführt. „Eine entscheidende Motivation für meine Arbeit ist das große Interesse der Jugend an der Organspende“, berichtet Streetworkerin Sabine Meier aus Halle. Auf ihren zahlreichen Veranstaltungen in den Schulen sei sie immer wieder beeindruckt von der Betroffenheit und Aufgeschlossenheit, die die Jugendlichen dem Thema Organspende entgegenbringen. „Besonders wichtig ist bei diesen Veranstaltungen die Beteiligung von Patienten, die von ihren Erfahrungen mit Organspende und Transplantation erzählen“, sagt Meier weiter. Ihnen sei es zu verdanken, dass die Schüler eine sehr konkrete und realistische Vorstellung der Organspende-Problematik erhielten. Dieses wiederum sei die Voraussetzung dafür, selbständig eine fundierte Entscheidung zu treffen.

Die DSO kündigte an, gemeinsam mit den Streetworkern und der BZgA einen Abschlussbericht vorzubereiten. Dieser solle gewissermaßen ein „Empfehlungsschreiben“ an potenzielle neue Träger des Projektes werden. • Viktoria zu Waldburg

# Bayern zeigt Verantwortungsbewußtsein

**Das Transplantationsgesetz aus dem Jahr 1997 läßt den Ländern Spielraum für eigene gesetzliche Regelungen in Form der Ausführungsgesetze der Länder in diesem Bereich. Nur zwei Bundesländer hatten innerhalb der Zweijahresfrist Ausführungsgesetze verabschiedet.**

Das bayerische Gesetz – so Frau Gesundheitsministerin Barbara Stamm – stellt einen wichtigen Schritt zur Erhöhung der Organspendezahlen dar.

Noch immer gibt es in ganz Deutschland einen eklatanten Organmangel zu überwinden. Das bayerische Gesetz, so die Ministerin, bringe vor allen Dingen bei der Organisation der Organentnahme wesentliche Verbesserungen. Organspendeaufklärung mache das Gesetz zur Sache aller am Gesundheitswesen Beteiligten.

Nach dem neuen Gesetz muss in jedem der 205 Bayerischen Krankenhäuser mit Intensivbetten ein Transplantationsbeauftragter benannt werden. Er soll sicherstellen, dass jeder Verstorbene, der nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommt, der Koordinierungsstelle gemeldet wird. Desweiteren benötigen neue Transplantationszentren eine Anerkennung durch

das Gesundheitsministerium. Schließlich sieht das Gesetz für jedes bayerische Zentrum, das Lebendspenden durchführt, eine eigene Kommission vor, die gutachtlich zur Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Spende Stellung nimmt. Stamm zufolge ist Bayern das erste Bundesland das mit seinem Gesetz sämtliche Regelungsbereiche ausfüllt.

„Mit dieser Vorreiterrolle unterstreichen wir die große Bedeutung, die wir dem Thema Organspende und Transplantation beimessen. Angesichts der hohen Erfolgsquoten von Transplantationen und der Tatsache, dass es sich hierbei inzwischen um einen Routineeingriff handelt, ist diese Situation gesundheitspolitisch nicht hinnehmbar.“ so Barbara Stamm.

**Quelle:**  
**Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit.**

## Baden-Württemberg

Den Gehaltsmitteilungen der Landesbediensteten des Landes Baden-Württemberg war im Januar 2000 ein ungewöhnliches Schreiben des Sozialministers Dr. Friedhelm Repnik beigelegt. Hierin verwies der Minister auf das 1997 in Kraft getretene Transplantationsgesetz und forderte die Empfänger auf sich durch einen Organspendeausweis zur Organspende zu erklären. Dem Schreiben lagen leider keine näheren Informationen oder Organspendeausweise bei, so dass wir nun darauf hoffen, dass viele Angestellte und Beamte des Landes aktiv nach Information suchen, denn auf Bezugsquellen für entsprechendes Material war im Schreiben hingewiesen worden.

## Nachbarländer

### In den Niederlanden...

existiert zusätzlich zum Organspendeausweis ein landesweites Register. Die 18-jährigen des Landes werden jährlich angeschrieben und um Rückantwort und Entscheidung für Organspende gebeten. Von den 180000 Jugendlichen haben 33% geantwortet. 54% davon wollen nach ihrem Tode als Organspender zur Verfügung stehen. 32% lehnten dies ab, 14% wollen die Entscheidung ihren Angehörigen überlassen.

### In Italien...

wurde das Transplantationsgesetz novelliert. Galt hier früher, wie derzeit in Deutschland, die erweiterte Zustimmungslösung, so basiert die jetzt gültige Regelung auf der Einverständniserklärung des Spenders. Um möglichst vollständige Erfassung der Spendenbereitschaft zu erreichen, sieht das Gesetz vor, dass die öffentlichen Gesundheitsbehörden bei den von ihnen betreuten Bürger schriftlich eine Anfrage bzgl. der Spendenbereitschaft stellen. **Wird die Erklärung zur Organspende nicht binnen 90 Tagen zurückgesandt, ist dies laut Gesetz als eine Zustimmung zur Organspende zu werten.** • Jutta Riemer

## Spitzensportler werben für Organspende

**„Ich war zuerst unsicher, dann habe ich mich ausführlich informiert – und jetzt mache ich mit: Jeder Organspender ist ein Lebensretter. Ich versuche viele Freunde davon zu überzeugen.“**

So äußert sich Franziska van Almsick zum Thema Organspende. Viele Prominente wie z. B. Franz Beckenbauer, Thomas Helmer, Jürgen Klinsmann, Günther Jauch, Jörg Wontorra und viele andere gehören dem Verein „Sportler für Organspende“ an und helfen so mit, das Thema in der Öffentlichkeit positiv zu diskutieren. Plakate und Faltprospekte (mit passendem Aufsteller) zur Sportlerinitiative können beim Arbeitskreis Organspende bestellt werden. Diese Materialien werden kostenfrei an jeden versandt.

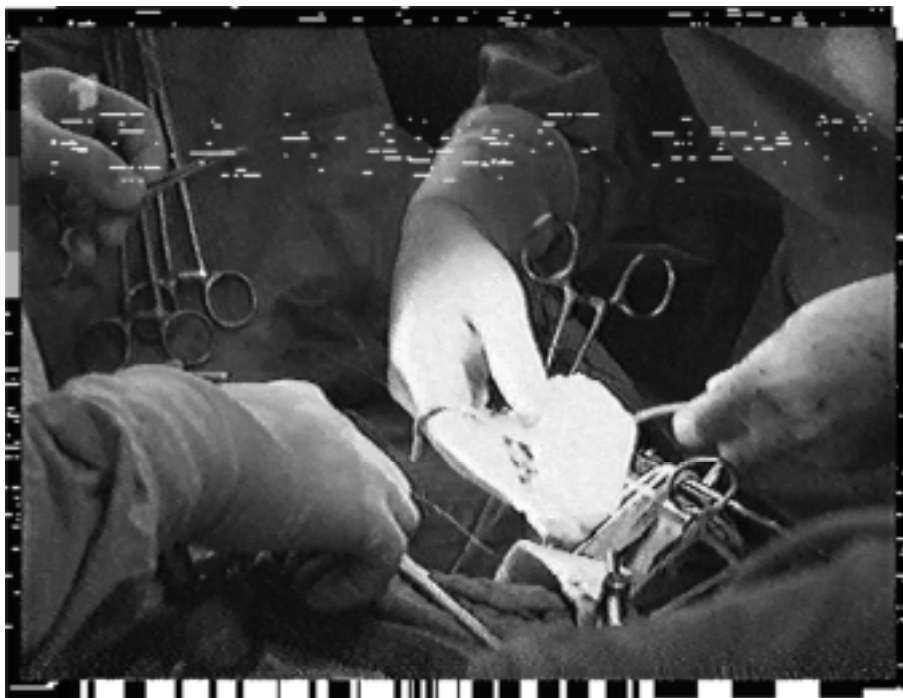


**Bestelladresse: Postfach 1562,  
63235 Neu-Isenburg, Email: presse@akos.de**

Mal wieder ein Film über Organspende – diesmal vom Südwestfunk. Schon der Titel läßt ahnen, dass für die Autorin Michaela Funk nicht Objektivität oberstes Gebot bei der Produktion des Dreiviertelstundenstreifens war. In der ersten Einblendung wird dieser Eindruck bestärkt, ist doch im Titel das Wort „Zweifel“ (blut?-)rot hervorgehoben. „Ich hätte niemals einer Organentnahme bei meiner Frau zugestimmt“ sagt ein Mann am Grab seiner Frau. Mit diesem Satz endet der Film. Und dazwischen?

# Die Ware Mensch:

## Hirntod, Organspende und die Zweifel



Wird hier nicht ganz bewußt die immer wiederkehrende „Scheintodangst“ genährt? Vielleicht könnte man ja doch, wenn auch geschädigt, wieder aus dem Hirntod erwachen? – Was übrigens der in diesem Streifen vielzitierte Prof. Bavastro bei einer Podiumsdiskussion in Stuttgart, bei der ich persönlich anwesend war, ebenfalls bestritt. Auch er ist der Meinung, dass ein Mensch, bei dem der Hirntod mit der detailliert festgelegten Hirntoddiagnostik festgestellt wurde, nie mehr in dieses Leben zurückkehren wird.

### Die Organentnahme

So gefühlvoll über Hirngeschädigte berichtet wurde, so roh wurde Organentnahme dargestellt. Besonders schockiert haben mich nicht die wohl bewußt blutigen Organentnahmeszenen, sondern die parallel immer wieder eingeblendeten Aufnahmen des Ausbaus eines ölverschmierten, defekten Motors. Die Filmemacherin kann nicht den von ihr so stark geforderten Respekt vor dem Menschen und seinen Gefühlen haben. Ist eine Filmemacherin mit solidem Berufsethos nicht den Gefühlen aller Zuschauer verpflichtet?

Wie wird es den vielen Angehörigen gegangen sein, die im Laufe der letzten Jahre einer Organentnahme zugestimmt haben? Was werden schwerstkranke Wartepatienten, die auf eine objektiv informierte Gesellschaft angewiesen sind um zu überleben, gefühlt haben bei der Betrachtung dieses Filmes? Wut? Hass? bei den Betroffenen. Angst? Ekel? bei den vermeintlich nicht Betroffenen. Hier werden Emotionen hochgekocht und der Informationswert klein gehalten im Niveau der Zeitungen mit den großen Buchstaben. Für das nächste Stammtischgespräch reicht die falsche Info aus.

### Die Ankündigung

In der Presseinformation vom 11. Nov.1999 verspricht der SWR: „... Der Film „Ware Mensch“ zeigt, dass das Thema Hirntod und Organspende nicht mit einfachem JA oder NEIN zu beantworten sind. Aber er liefert neue Argumente für die Entscheidungsfindung jedes Einzelnen.“

### Der Film

#### Ein Einstieg, der nichts mit dem Thema zu tun hat – aber der Zuschauer merkt es kaum

Im Film wird ausgegangen vom Schicksal eines heute achtjährigen Jungen, dessen Mutter 1991 eine Hirnblutung erlitt und vermutlich – es wurde keine Hirntoddiagnostik

durchgeführt – hirntot verstarb. Eine weitere Entwicklung des Fötus im Körper wurde durch intensivmedizinische Maßnahmen, wie künstliche Beatmung und Ernährung möglich. Herz-Kreislaufversagen trat zwei Tage nach dem durchgeführten Kaiserschnitt ein. Man setzte dieses Datum als Todeszeitpunkt ein – Hirntoddiagnostik war ja nicht durchgeführt worden. Also eigentlich kein Einstieg für das Thema Hirntod und Organspende. Die fehlende Themenrelevanz und der manipulative Charakter des Films werden besonders deutlich, wenn vom Hirntod relativ nahtlos mit der unhaltbaren Behauptung, Mediziner würden über die Verwendung Hirngeschädigter als Organspender nachdenken, Sequenzen über die Förderung von Hirngeschädigten gezeigt werden – und zwar 12 Minuten von 45!

### Das Pflegepersonal

In drei Szenen wird eine Krankenschwester gezeigt, die wohl ihrer Aufgabe psychisch und vom Wissensstand nicht gewachsen ist, die aber aus ihrem Buch vorlesen darf, das voll von Ängsten und Unsicherheiten ist. Diese übertragen sich geschickt auf die Zuschauer. Ich als Transplantierte bin froh, dass es viele andere Menschen in der Intensivpflege gibt, die auch Organentnahme als zwar sicherlich nicht einfachen aber doch als Dienst am Nächsten, nämlich dem schwerstkranken Warteptienten auffassen.

### Transplantierte in diesem Film?

Nur wenig wird zu Transplantierten gesagt: Zum ersten beschreibt ein Organspendegegner die „äußerst problematischen gesundheitlichen Situationen“ in denen sich Transplantierte befänden. Sicherlich gibt es Misserfolge der TX-Medizin, sicherlich gibt es das schlecht verlaufende Rezidiv, aber sehr viele Transplantierte stehen einfach wieder mitten im Leben! Der einzige Transplantierte im Film war ein kleiner lebertransplantierte Junge, der nach der Herkunft seines Organs befragt, keine bis in alle Tiefen reflektierte Meinung äußern konnte: Er wollte nur endlich 'mal wieder Hamburger essen und ihm war es egal woher das Organ komme! Erfriischend kindlich-normal – oder?

### Neben Psycho-Tricks und Manipulation bot der Film auch noch medizinische Falschaussagen:\*

Die Aussage, der Atem- Apnoetest sei erst 1991 in die Hirntoddiagnostik eingeführt worden, ist falsch. – Die Aussage, 100%iger Sauerstoff treibe das Atemzentrum im Gehirn an, ist falsch. (Kohlenstoffdioxidkonzentration wäre richtig) – Die Aussage, es sei nichts bekannt über die Auswirkungen eines fremden Organs auf den Transplantierten ist falsch. Es gibt hierzu vielfältige Literatur.

\*Kommentare zu medizinischen Falschaussagen: Prof. Dr. med C. Lang, Neurologische Klinik Erlangen-Nürnberg



Falschbehauptung zu kommerziellen Aspekten der Organentnahme: Im Film wird behauptet, dass es eine Art Prämie für die Ärzte bei jeder Organentnahme gibt. Dies ist falsch und wurde vorab seitens der DSO der Autorin gegenüber richtig gestellt.

### Bitte keine Wiederholung! – Der Protest der Selbsthilfe Lebertransplantierte:



#### „Sehr geehrter Herr Professor Voss,

mit Bestürzung haben wir den Beitrag des Südwestfunks „Die Ware Mensch“ am 18. November 1999 um 23.45 Uhr in der ARD gesehen. Inhaltlich hat der Film zwar keine neuen Aspekte gebracht und nur die Argumente wiederholt, die im Vorfeld des Transplantationsgesetzes ausgetauscht worden sind. Beispielloos und unübertriften waren jedoch die Einseitigkeit des Beitrages und die Unlauterkeit der Darstellung. Wir müssen befürchten, dass in vielen Menschen, die diesen Film gesehen haben, Ängste und Zweifel geschürt worden sind, die sie der Organspende nun negativ gegenüberstehen lassen. Für die Menschen in Deutschland, die dringend ein Organ brauchen, bedeutet dies nun mit größter Wahrscheinlichkeit vergebens auf ein Organ zu warten. Ist das von Ihnen beabsichtigt?

Unserer Organisation gehören Patienten an, die bereits ein lebensrettendes Organ bekommen haben oder noch darauf hoffen. Wir wissen sehr gut, was die großzügige Spende eines Organs nach dem Tode für den todgeweihten Empfänger und seine Familie bedeutet. Unsere Patientengruppen sind aktiv in der Aufklärung der Bevölkerung und wollen erreichen, dass sich möglichst viele Menschen mit der Organspende auseinandersetzen und sich eine Meinung dazu bilden. Wir unterstützen die kritische Berichterstattung der Medien, hoffen aber darauf, dass sie dieses schwierige Thema mit besonderer Sorgfalt behandeln. Es soll eine Entscheidung pro und kontra möglich sein.

Leider ist dies bei dem Film der Autorin Michaela Funk nicht der Fall. Einen breiten Raum nimmt die Darstellung hirngeschädigter Menschen ein. Es wird behauptet, dass die Transplantationsmediziner sie demnächst für die Organspende heranziehen wollen. Dies ist eine Verleumdung, die keinerlei Substanz hat! Die Ärzte akzeptieren den Hirntod als sicheres Todeszeichen. Kein Transplantationsmediziner denkt daran, Hirngeschädigte als Organspender heranzuziehen. Es ist auch im Transplantationsgesetz festgelegt, dass eine solche Praxis unter Strafe steht. Was legt der Film mit dem Titel „Die Ware Mensch“ sonst noch nahe?

Nach Frau Funks Auffassung werden Tote mit irreversiblen Hirnversagen, deren Tod unsicher sei, zur „Ware“, die von profitsüchtigen Organspendeorganisationen und Transplantationsmedizinern verkauft werden. Die Transplantationsmedizin, das ist unbestritten, kostet Geld. Damit Organspenden in Deutschland überhaupt flächendeckend jederzeit realisiert werden können, muss eine Logistik vorgehalten werden. Medizinische Behandlung und Pflege Transplantierte sind aufwendig. Seit wann aber ist kostendeckende Erstattung einem Profitstreben gleichzusetzen?

Im Interesse der Patienten, die auf ein Organ hoffen, erwarten wir, dass die ARD auf eine erneute Ausstrahlung des Films verzichtet. Bei erneutem Aufgreifen dieses Themas sollten Objektivität und Vielfalt der Meinungen gewährleistet sein.“

Mit freundlichen Grüßen  
gez. Jutta Vierneusel

### Das Resümée

Der Film wurde nicht wiederholt. Ich hoffe, dass er endgültig im Archiv für schlechtgelungene Filme mit Falschaussagen ohne Informationswert aber mit manipulativem Charakter gelandet ist. • Jutta Riemer



# berblick über Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2000 aus Sicht der BARMER Ersatzkasse:

Reform light reicht nicht aus – die Gesundheitsreform  
bringt Verbesserungen für Patienten – die Beseitigung der  
Strukturdefizite steht noch aus

Seit dem 1. Januar ist die Gesundheitsreform 2000 in Kraft. Eine Reform, der weitere Schritte folgen müssen, um das Gesundheitswesen für die Herausforderungen der Zukunft zu rüsten.

Nach einem Gesetzgebungsverfahren im heftigen Widerstreit der Meinungen lehnte der Bundesrat das vom Bundestag gebilligte Gesetz zur Gesundheitsreform 2000 ab. Da ein Scheitern der Vermittlungsbemühungen zu vermuten war, legte die rot-grüne Koalition ein „abgespecktes“ Gesetz vor – bereinigt um alle Teile, die die Zustimmung des Bundesrates brauchten. Diese Reform – von Spöttern als Light-Version bezeichnet – kann man mit einem weinenden und einem lachenden Auge sehen. Sie bringt das Gesundheitswesen weiter, wo es um die qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten geht, denn sie enthält eine ganze Reihe neuer Leistungen. Auf der Strecke aber blieb das eigentliche Ziel, Qualität und Wirtschaftlichkeit dauerhaft zu verbessern. Im folgenden sind die wichtigsten Neuerungen für Versicherte und Patienten kurz vorgestellt:

## Rehabilitation und Vorsorge:

Im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation verringerten sich ab dem 01. Januar 2000 die kalendertäglichen Zuzahlungen der Versicherten für stationäre Maßnahmen, im Westen von 25 auf 17 Mark und im Osten von 20 auf 14 Mark. Flexibler soll in Zukunft die Rehabilitationsdauer gehandhabt werden, wofür spezielle Leitlinien für einzelne Krankheitsbilder sorgen sollen. Das läßt individuellere Lösungen zu als die alte Regelung, die eine Regeldauer von 3 Wochen vorsah.

## Soziotherapie:

Häufig sind psychisch schwer Kranke – zum Beispiel bei Schizophrenie oder chronischen Depressionen – nicht in der Lage, eine ambulante Behandlung wahrzunehmen. Stattdessen müssen die Patienten dann immer wieder ins Krankenhaus. Hier setzt die Soziotherapie an, eine völlig neue Leistung der Krankenkassen. Sie soll Patienten befähigen, selbständig medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, und dadurch den Aufenthalt im Krankenhaus unnötig machen oder verkürzen.

## Zahnprophylaxe:

Verbessert wurde die Gruppenprophylaxe in Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen: In Regionen mit einem erhöhten Kariesrisiko profitieren seit dem 1. Januar auch Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr von der Vorbeugung gegen diese Zahnkrankheit. Außerdem sollen die Kapazitäten so ausgebaut werden, dass künftig sämtliche Einrichtungen erreicht werden. Abgeschafft dagegen wurde die erst im Juli 97 eingeführte Individualprophylaxe für Erwachsene. Sie hat sich insgesamt nicht als sinnvoll erwiesen. Nach wie vor gibt es auf Versicherungskarte die regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (einmal jährlich für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche zweimal jährlich) für den Zahnersatz-Bonus.

## Hausarztmodell:

Die Krankenkassen haben künftig die Möglichkeit, in ihrer Satzung ein sogenanntes Hausarztmodell zu verankern. Versicherte, die daran freiwillig teilnehmen möchten, entscheiden sich für einen Hausarzt, den sie bei Erkrankungen zunächst aufsuchen. Der Hausarzt überweist nötigenfalls zu einem Facharzt. Ausnahmen davon sind dort möglich, wo eindeutig ist, dass der Patient oder die Patientin beim Facharzt besser aufgehoben ist – also zum Beispiel beim Augenarzt oder im Fall von Frauen, die zum Gynäkologen gehen. Der Patient bekommt durch dieses Modell in seinem Hausarzt einen Lotzen, der ihn gezielt durch die immer schwerer durchschaubare Diagnose- und Therapievelfalt führt und unnötige Doppeluntersuchungen oder unkoordinierte Medikationen vermeiden kann. Dadurch mögliche und nachgewiesene Einsparungen bei den Behandlungskosten können als Bonus für das Mitglied zurückgegeben werden. Erforderlich dazu sind jedoch zunächst entsprechende Vereinbarungen zwischen Ärzteseite und Krankenkassen sowie entsprechende Satzungsänderungen bei den Krankenkassen.

## Prävention und Gesundheitsförderung:

Die Krankenkassen bekommen wieder mehr Möglichkeiten bei der Vorbeugung und Gesundheitsförderung. Sie können dafür künftig 5 Mark je Versicherten aufwenden. Wie das Geld eingesetzt wird, richtet sich nach einem Kri-

terienkatalog, den die Krankenkassen gemeinsam vereinbaren sollen. Die Gesundheitsförderung war 1997 abgeschafft worden. Darunter fielen bis dahin zum Beispiel Kurse zur Ernährungsberatung, Wirbelsäulengymnastik oder Raucherentwöhnung. Auch hier sind noch Vorarbeiten zu leisten: So müssen die Krankenkassen erst entsprechende Kriterien für ihre Maßnahmen erarbeiten, zusätzlich sind Satzungsänderungen bei den Krankenkassen notwendig.

## Förderung von Selbsthilfegruppen:

Mit einer Mark pro Versicherten können die Krankenkassen Selbsthilfegruppen unterstützen. Nach welchen Maßstäben dieses Geld verteilt wird, legen die Spitzenverbände der Krankenkassen derzeit fest. Eine Unterstützung war auch bisher schon möglich, ist jetzt aber verbindlicher geregelt. Die BARMER hatte im vergangenen Jahr rund einhundert Selbsthilfeorganisationen und ca. 850 örtliche Selbsthilfegruppen unterstützt. Hinzu kommt die Unterstützung für 125 Selbsthilfekontaktstellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erarbeiten gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Selbsthilfeorganisationen – derzeit Richtlinien für die Förderung.

## Patienten- und Verbraucherberatung:

Die Krankenkassen sollen künftig die Patienten- und Verbraucherberatung modellhaft fördern. Verstärkt Beachtung findet auch die Unterstützung der Versicherten durch Ihre Krankenkasse bei ärztlichen Behandlungsfehlern. Die BARMER bietet konkrete Hilfe: Seit April 99 bietet sie ihre ständige Telefonberatung zu Behandlungsfehlern. Mit ihrem Service trägt die BARMER dem starken Beratungsbedürfnis der Patienten Rechnung. Patienten, die einen Behandlungsfehler bei sich vermuten, können sich unter der Rufnummer (0202)568-2622 und (0202)568-2631 Rat holen. Erreichbar sind die Experten immer montags bis donnerstags von 8 bis 16.30 Uhr und freitags von 8 bis 14 Uhr. Schriftliche Anfragen können rund um die Uhr an die Fax-Nummer (0202)568-2609 gefaxt werden.

## Budgets:

Ursprünglich sollte mit der Reform 2000 ein Globalbudget die gesamten Ausgaben der Krankenkassen begrenzen. Doch scheiterte dieses Vorhaben neben Problemen mit der Berechnungsgrundlage, der Fortschreibung und der Verantwortlichkeiten bei der Einhaltung der Budgets – auch am Widerstand des Bundesrates. Deshalb gelten jetzt weiterhin sektorale Budgets, mit denen die Beitragsätze stabil gehalten werden sollen. Also Ausgabenobergrenzen für einzelne Leistungsbereiche wie die ambu-

lante ärztliche Behandlung oder die Arznei- und Heilmittelversorgung. Budget heißt jedoch nicht Stagnation: Im Jahr 2000 dürfen die Leistungsausgaben um 1,43 % gegenüber dem Vorjahr steigen. Allerdings sind sektorale Budgets innovationshemmend, da sie die Leistungsbereiche untereinander abschotten.

## Positivliste:

Erneut ist eine Liste der Medikamente vorgesehen, die zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden können – eine sogenannte Positivliste. Sie soll dazu führen, dass keine Medikamente mehr auf Kassenkosten verordnet werden, die ihre Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit nicht ausreichend nachgewiesen haben. Für die Zusammenstellung der Liste zuständig wird ein neues Institut sein, das beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt wird. Innerhalb des Institutes sorgt eine Kommission aus unabhängigen Wissenschaftlern für die Auflistung der verordnungsfähigen Medikamente. Präparate der alternativen Therapierichtungen werden in der Positivliste berücksichtigt. Die Positivliste wird alle Medikamente enthalten, die für eine notwendige medizinische Versorgung gebraucht werden – auch neue. Die Therapiefreiheit der Ärzte wird damit nicht gefährdet. Allerdings kann es in einzelnen Fällen dazu kommen, dass bisher verschriebene Arzneimittel nicht auf der Liste stehen und deswegen nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. Dann kann der Arzt auf ein Medikament ausweichen, das seinen therapeutischen Nutzen sicher nachgewiesen hat. Es ist jedoch zweifelhaft, ob die Liste tatsächlich in Kraft treten wird, da sie der Zustimmung der Bundesländer bedarf – und die haben ihr Ja bisher verweigert.

Weiße Teile der Reform sind also in der zustimmungsfreien Version erhalten geblieben. Doch dies reicht nicht aus. Denn so wird es nicht gelingen, mittelfristig Stabilität in die gesetzliche Krankenversicherung zu bringen. Weitere Reformen müssen folgen. Unser Gesundheitswesen ist gut, aber es bedarf der zielgerichteten Weiterentwicklung. Die BARMER wird diese in einem konstruktiven Dialog begleiten.



Andreas Töpfl  
Geschäftsstellenleiter der  
BARMER in Schwetzingen

# "Ich lebe! ich fähle!"

überlegungen zur Bedeutung und Formulierung von Betreuungsvollmacht  
aber ich kann nicht mehr für mich handeln,  
sowie zur Betreuungs- und Patientenverfügung.  
mich nicht mehr verständlich machen???

Keiner will in eine solche Situation geraten und doch passiert es jeden Tag in Deutschland: Margareta B., 63 Jahre alt, seit drei Jahren rentnerin und vielbeschäftigte Großmutter steht morgens mit heftigen Kopfschmerzen und Schwindelgefühl auf. Die Tochter findet sie gegen Mittag bewußtlos auf dem Boden liegend. Im Krankenhaus ist die Diagnose bald gestellt: Schlaganfall! Frau B. ist halbseitig gelähmt und kann nicht sprechen.

Frau B.'s Testament regelt zwar was nach ihrem Tode mit Häuschen und Sparbuch geschieht, auf diesen eingetretenen Notfall zu Lebzeiten hatte sie sich aber nicht vorbereitet. Zu aller Sorge um die Mutter kommen jetzt ganz banale Probleme des täglichen Lebens auf die Tochter zu:

- » Wer regelt die Bankgeschäfte?
- » Wer zahlt die Telefonrechnung?
- » Wer erledigt Behördenangelegenheiten?
- » Wer berät sich in Vertretung der Mutter mit den Ärzten über die weitere Therapie?

Die Tochter darf dies nur, wenn sie eine entsprechende Vollmacht vorweist. Auch Ehepartner dürfen ohne Vollmacht nichts entscheiden. Was zunächst zum Kopfschütteln oder einem Witz über deutsche Bürokratie verleitet, wird dann klar, wenn man sich überlegt, daß ein Ehemann, der seit Jahren getrennt von der Frau lebt, sicherlich nicht der richtige für diese Aufgaben ist. Es könnte auch der Fall sein, daß zerstrittene Geschwister ihre Zwistigkeiten bei Entscheidungen zum Wohle der Mutter nicht aussen vor lassen können. In manchen Fällen gibt es gar keine leiblichen Verwandten mehr. Viele weitere für den Entscheidungsunfähigen fatalen Konstellationen sind denkbar.

## Rechtzeitig über eine Vertrauensperson nachdenken!

Es ist wichtig sich frühzeitig zu überlegen, welchem Menschen – sei es ein Verwandter, Nachbar oder Freund – man selbst volles Vertrauen entgegenbringt. Dieser sollte unsere eigenen Wünsche und Wertvorstellungen gut kennen, damit er dann auch falls erforderlich im Sinne des Bevollmächtigten handeln kann.

## Vorsicht mit der Vollmacht!

Besteht zu einem bestimmten Menschen vollstes Vertrauen, kann eine Generalvollmacht erteilt werden. Diese bezieht sich dann auf alle Lebensbereiche, wie z. B. Finanzen, Entscheidungen in bezug auf Arztwahl und evtl. Auswahl eines Pflegeheimplatzes. Es können aber auch für verschiedene Bereiche unterschiedliche Personen bevollmächtigt werden.

Da Vollmachten u.U. sehr weitgehend sind und der Bevollmächtigte keiner direkten Kontrolle unterliegt, ob er tatsächlich im Sinne des Bevollmächtigten handelt, empfiehlt es sich sehr umsichtig mit der Bevollmächtigung umzugehen und diese Entscheidung in regelmäßigen Abständen zu hinterfragen. Vollmachten sollten auch wegen ihrer Tragweite von einem Notar beurkundet werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Vollmacht stets widerruflich getaltet wird und der Bevollmächtigte möglichst nur eine Ausfertigung erhält, die im Fall des Widerrufs zurückzugeben ist.

## Welche weiteren sinnvollen Vorsorgeregungen gibt es?

### » Die Patientenverfügung

(die Deutsche Hospizstiftung spricht hier von der „Medizinischen Patientenrechtschaft“) Damit benennen Sie für den behandelnden Arzt die Person, die am besten über ihre Wünsche hinsichtlich medizinischer Behandlung informiert ist.

### » Betreuungsverfügung

Mit dieser Erklärung benennen Sie dem Vormundschaftsgericht, gestützt auf das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), eine Person Ihres Vertrauens, die in die Lage versetzt wird,

ihre Belange in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Fragen zu vertreten. Dies gilt für die Notwendigkeit der gerichtlichen Bestellung einer gesetzlichen Betreuung. Sie können auch für verschiedene Lebensbereiche unterschiedliche Personen benennen und so z. B. die Regelung der finanziellen Angelegenheiten von Pflegemaßnahmen trennen.

## In welcher Form sollten diese Willenserklärungen abgefaßt werden?

Auch im Zeitalter des Computers sollten diese Verfügungen möglichst mit der Hand geschrieben werden. Dies macht einerseits deutlich, daß sie sich tatsächlich mit der Problematik auseinandergesetzt haben und hat andererseits den Vorteil, daß handschriftliche Erklärungen nicht notariell beglaubigt werden müssen.

- » Die eingesetzte Vertrauensperson muß ebenfalls unterschreiben.
- » Die Angehörigen oder andere Personen aus Ihrem nahen Umfeld sollten über die Existenz der Schriftstücke informiert werden.
- » Die Willenserklärungen sollten einmal im Jahr bestätigt oder korrigiert werden, und zwar mit aktuellem Datum und nochmaliger Unterschrift.

## Problem: In W rde sterben – was bedeutet dies?

Ärzte und Patientenorganisationen warnen vor sogenannten „Patiententestamenten“, die im Ankreuzverfahren ausgefüllt, pauschal lebensverlängernde Maßnahmen, künstliche Beatmung und Ernährung ablehnen. Jedes Krankheitsbild, jeder Sterbeprozess, jeder Mensch ist individuell anders. Mit

einer vorab ausgeschlossenen Therapie könnte unter Umständen die Gefahr bestehen, daß wichtige Hilfe unterbleibt.

**I**n einer Situation, in der aus der Distanz desjenigen, der körperlich und geistig wohlaufliegt, auf Schwerstkranke geschaut wird, äußern sich viele Menschen anders als kurz vor dem Tode oder wenn sie dann doch mit dieser oder jener schwersten Behinderung weiterleben (wollen).

Dies wurde mir persönlich sehr deutlich bewußt, als eine an Diabetes erkrankte Nachbarin mir erklärte, daß sie nicht mehr weiterleben wolle, wenn bei ihr die Tabletten nicht mehr ausreichen und sie sich Insulin spritzen müsse. Inzwischen ist sie seit vier Jahren insulinpflichtig und ihr droht in nächster Zukunft auch noch die Dialysebehandlung. Ich denke ihr Lebenswille wird auch diese Hürde nehmen!

## Was aber sollte nun Inhalt der Patientenanwaltschaft sein?

Wichtig sind die eigenen vollständigen Personalien und die des Beauftragten (Vor- und Zuname, evtl. Geburtsname, Adresse, Geburtsdatum).

Die Bevollmächtigung des Vertrauten nach § 1896(2) BGB die Vertretung in allen medizinischen Angelegenheiten zu übernehmen für den Fall, daß man sich selbst aufgrund von Unfall oder Krankheit nicht mehr äußern kann. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten.

**F**ür den Fall des Sterbeprozesses können weitere für einen persönlich wichtige Aspekte aufgenommen werden: z.B. geistlicher Beistand einer bestimmten Glaubensgemeinschaft oder die Befürwortung der Palliativbehandlung. Dies bedeutet bei unheilbarer Krankheit nicht Therapieabbruch sondern die „Ummantelung“ (pallium, lat. Mantel) gegen Schmerzen, Nöte und Ängste des Patienten durch medikamentöse Therapie. Hier steht nicht unbedingt der Erhalt des Lebens im Vordergrund sondern die möglichst hohe Lebensqualität bis zum Lebensende. Aber auch solche Maßnahmen müssen nicht ausdrücklich festgelegt werden, liegen Sie doch in der Verpflichtung der Ärzte dem Patienten gegenüber.

Generell gilt: Je intensiver man sich mit der bevollmächtigten Vertrauensperson über

Situationen die Krankheit, Sterbeprozess und Tod betreffen ausgesprochen hat, desto besser kennt diese die Wünsche und Wertvorstellungen des Patienten und kann im Ernstfall um so sicherer in dessen Sinne handeln und entscheiden. Dies bedeutet also: Je breiter die Vertrauensbasis und das Einverständnis, desto kürzer kann ich die Willenserklärung halten.

## Die Betreuungsverfugung ist besonders wichtig !

Nicht nur medizinische Entscheidungen müssen im Falle der Hilflosigkeit von einem Dritten im Sinne des Betroffenen gefällt werden, sondern jeder der aufgrund von seelischer, geistiger oder auch körperlicher Erkrankung entscheidungs- bzw. handlungsunfähig wird, benötigt jemanden der ihn in den verschiedensten Angelegenheiten vertritt.

Seit 1992 hat das Betreuungsrecht das 100 Jahre alte Vormundschaftsrecht für Volljährige abgelöst. Falls die Notwendigkeit besteht, wird von Amts wegen ein Betreuer bestellt.

**A**ls ein Stück Selbstbestimmung für die-  
sen Notfall ist die Möglichkeit anzusehen rechtzeitig eine Vertrauensperson dahingehend zu beauftragen, daß diese bei Notwendigkeit die Betreuung übernehmen kann. So wird vermieden, daß ein Fremder oder vielleicht ein nicht erwünschter Verwandter dieses Amt vom Vormundschaftsgericht angetragen bekommt. Der Betreuer entscheidet nicht aufgrund seiner eigenen Meinungen und Ansichten für den zu Betreuenden, sondern handelt stellvertretend für und in möglichst großem Umfang im Sinne des hilflos gewordenen Menschen. Hierin ist der gravierende Unterschied zwischen dem früher üblichen Vormund und dem Betreuer zu sehen.

Über Rechte und Pflichten der ehrenamtlichen Betreuerfunktion sollte sich der potenzielle Betreuer informieren. Hierzu sind Broschüren der Sozialministerien der Länder oder auch der Betreuungsvereine erschienen.

## Abfassung der Betreuungsverfugung:

Wie die Patientenanverfügung sollte auch dieses Dokument möglichst handschriftlich verfaßt werden, sicher – beim Betreuer oder beim Notar – hinterlegt werden.

Der Betreuer sollte auf jeden Fall wissen, wo das Original hinterlegt ist. Einen Hinweis auf

den Ort der Hinterlegung kann man z. B. bei Personalpapieren mit sich führen. Gültigkeit haben diese Willenserklärungen immer nur im Original. Kopien dienen nur zur Information von Freunden und Verwandten.

Auch diese Willenserklärung muß die vollständigen Personalien von potenziellem Betreuer und Betreutem enthalten. Mit dem Verweis auf den § 1897(4), BGB verfügen Sie, daß ihre Vertrauensperson für den Fall, daß ihre Geschäftsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, ihre Belange vertreten soll und zum gesetzlichen Betreuer bestellt werden soll.

**A**uch hier Ort, Datum und die Unterschriften nicht vergessen und in regelmäßigen Abständen erneut unterschreiben oder ändern. Mit der Abfassung dieser beiden Dokumente räumt man sich selbst gegenüber natürlich die unangenehme Möglichkeit ein, lange Zeit, schwerstkrank und handlungsunfähig im pflegebedürftigen Zustand verbringen müssen. Zugegeben keine angenehme Vorstellung. Aber ist der Gedanke nicht auch verlockend, daß der persönliche Wille trotz eventueller Hilflosigkeit auch in einer solchen Situation über eine Vertrauensperson Beachtung findet? • Jutta Riemer

### Quellen:

- **Das neue Betreuungsrecht – Praktische Hinweise für Betreuer**  
Hrsg.: Justizministerium Baden-Württemberg
- **„Patientenanwaltschaft und Betreuungsverfügung“** Hrsg.: Deutsche Hospiz Stiftung

### Zum Bestellen:

#### 1. Informationen und Formulierungsvorschläge

für 10,- DM (Briefmarken), zu bestellen bei:  
Deutsche Hospizstiftung  
Hohle Eiche 29, 44229 Dortmund

#### 2. Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung

**„Selbstbewußt die Zukunft gestalten, solange ich gesund bin“ mit Bausteinen als Formulierungshilfe für Vorsorgeregelungen.**

Fachhochschulverlag Frankfurt a. Main, 1999  
Bestelladresse dieser Broschüre:

Tel. 069/1533-2810

Fax 069/1533-2840

Post: Fachhochschulverlag,

Kleiststr. 31, 60318 Frankfurt a. Main,

DM 8,- incl. Porto und Versand

# Ein außergewöhnliches Jahr 1999

## Ein Brief zum Jahresende

**»1999 war für uns ein außergewöhnliches Jahr. Viele fragen uns immer wieder nach Einzelheiten. Manche von Euch sind nicht voll informiert. Darum möchte ich für alle kurz zusammenfassen, was mit mir geschehen ist.**

Vor einem Jahr war mein Zustand äußerst erbärmlich. Die Leber hörte so langsam auf zu arbeiten. Ich wurde gelber, die restlichen Muskeln schwanden, das Essen wurde zur Qual, weil Ekel, Übelkeit, Durchfall und Erbrechen zunahmen. Ich nahm dabei ab bis 58 kg und davon war auch noch das meiste Wasser. Ich fror noch bei 25° und verbrachte die meiste Zeit im Bett. Ich war fest davon überzeugt, daß ich 1998 mein letztes Weihnachten gefeiert und mit 1999 mein letztes Jahr begonnen hatte, da auch die Leberwerte immer schlechter wurden. Ich litt an einer dekompensierten Zirrhose als Folge meiner lang zurück liegenden und fast vergessenen Hepatitis, die erst 1997 als eine Hepatitis C diagnostiziert worden war. Ich war nur zufrieden, daß die Berufsgenossenschaft diesen Zusammenhang anerkannte. Die Zusammenarbeit mit der BG erwies sich als erfreulich unbürokratisch, kooperativ und wenn es sein mußte auch sehr schnell.

Schon Ende 1997 war mir in der Klinik Großhadern eröffnet worden, daß mir nur eine Lebertransplantation helfen könnte. Da die Risiken eines solchen Eingriffes beträchtlich sind und es mir kurzfristig etwas besser ging, verzichtete ich auf eine sofortige Listung auf der Warteliste. Als es mir wieder schlechter ging, wurde ich nach einer erneuten Untersuchung im November 98 gelistet. Diese Entscheidung war mir nicht leichtgefallen. Man sollte sich aber vorher bewußt machen, warum genau man weiter leben will und was man in dem neuen Leben erreichen möchte und ob sich

die Strapazen lohnen. Ich fand es auch besonders für mich als Mediziner schwer, eine Behandlung zu akzeptieren, die erst durch den Tod eines anderen Menschen möglich wird, obwohl ich selbst zu jeder Spende bereit bin. Es gab auch Widerstand von einigen Ärzten, die glaubten, daß ich mit 63 Jahren zu alt war. Eine Lebertransplantation ist auch heute noch etwas Besonderes. Viele Patienten, die sie ebenfalls benötigten, können wegen Organmangels nicht transplantiert werden. Auch die Nachbehandlung kostet ein Vermögen.

Über die Wartezeit könnte ich eine lange Geschichte schreiben. Zunächst mußte ich mich jeden Donnerstag um 13 Uhr 30 telefonisch melden, um zu sagen, daß ich noch lebe und um zu fragen, ob sich meine Position auf der Warteliste für Patienten mit der Blutgruppe 0 geändert habe. Ich begann mit dem 8. Platz. Ab dem 3. Platz muß man ständig erreichbar sein. Das bedeutet das Handy ist immer dabei, auf der Toilette, vor der Dusche, auf dem Nachttisch und wenn jemand sich verwählt, geht der Herzschlag hoch. Auch meine Frau mußte sich eins kaufen, damit ich sie erreichen konnte, falls sie gerade einkaufen oder mit den Hunden unterwegs war. Zur gleichen Zeit muß man das Kofferchen packen, wie eine Schwangere kurz vor der Geburt. Selbst als ich die „pole position“ erreicht hatte, glaubte ich nicht mehr an eine rechtzeitige Transplantation. Denn wenn immer ein anderer Fall als äußerst dringend eingestuft ist, wird er vorgezogen. Diese Wartezeit geht auf die Nerven. Ich wurde unheimlich, deprimiert und wollte oft aufgeben. Man darf nicht vergessen, daß dieser Wartezeit schon eine über zweijährige schwere Krankheit vorangegangen war. Ohne Marie-Luises – meiner Frau – Verständnis und Zuspruch hätte ich diese Zeit nicht durchgestanden. Ich bin davon

überzeugt, daß es kein Patient allein schafft. Ein familiärer oder partnerschaftlicher Halt ist unabdingbar.

Der Anruf kam am Himmelfahrtstag (13. Mai) um 13 Uhr 30 als ich in der Klinik Wartenberg war. Die Reaktion ist unmöglich zu beschreiben. Ich hatte fast 7 Monate auf diesen Augenblick gewartet und plötzlich passierte es. Ich fiel in ein tiefes schwarzes Loch, der Blutdruck wahrscheinlich auch. Mein erster Gedanke, an den ich mich erinnern kann, war „wenn es schief geht, hast Du wenigstens einen prominenten Reisebegleiter“. Dann wurde es hektisch. Ich hatte zwar mein Kofferchen griffbereit, aber auch noch einen Koffer. In einer Kurklinik braucht man mehr Klamotten als in einem Krankenhaus. Den mußte ich packen, das Zimmer räumen und mit der Taxe nach Großhadern fahren. Der Taxifahrer war reizend. Er unterhielt mich so interessant, daß ich nicht zum Nachdenken kam. Er ging mit mir zur Aufnahme und brachte mich buchstäblich zu Bett. Marie-Luise wollte mich an diesem Wochenende in Wartenberg besuchen. Sie kam stattdessen von Bamberg ebenfalls mit der Taxe nach München.

Dann begannen die üblichen Prozeduren, letzte Untersuchungen, Waschen, Abführen etc. und der Schock, ob ich überhaupt operiert würde oder zurück müßte. Ob die Leber passt, entscheidet sich erst, wenn sie explantiert ist. Stunden mußte ich auf das endgültige Ja warten. Mir war elend. Seit dem Mittag durfte ich nichts essen oder trinken. Ich fror entsetzlich. Um 22 Uhr 30 wurde ich endlich in die Schleuse geschoben. Meine letzte Erinnerung war, daß zwei verummte Personen mir erst eine und dann auf meinen Wunsch eine zweite angewärmte Decke überlegten. Dann war ich weg.

Mit dem Zeichenstift versuchte ich im Jahr 1999 zu verdeutlichen, was mich in der Situation als Wartepatient auf eine Leber immer wieder beschäftigt hat.

## Wartezeit – meine Gedanken und Gefühle

Im oberen Teil des Bildes ist das OP-Licht zu sehen und dadurch vielleicht die OP-Atmosphäre zu erspüren. Die oberste gezackte Linie soll die Himmlische Macht darstellen, die zunächst geradlinig verläuft, sich dann aber mit der Transplantation der zweifarbig-gezackten Lebenslinie anschließt.



Überdimensional steht der Operateur stellvertretend für das ganze OP-Team in der Mitte des Geschehens, der verantwortlich ist für jeden Handgriff im OP-Saal.

Für die Vielfalt der zu bedenkenden Faktoren sind hier in verschiedenen Grautönen symbolisch die sterilen Tücher und die Blut-

transfusion (untere Zackenlinie) dargestellt. Im Mittelpunkt steht natürlich die Spenderleber, die hier mit den Fesseln des Todes umschlungen gezeichnet ist. Diese Fesseln verbinden aber auch zwei Menschen, die sich nicht kennen und doch einander so nahe kommen, wie sich niemand auf der Welt ansonsten nahe kommt: Der eine ist schon längst von Krankheit und Siechtum befallen, der andere wird relativ schnell und unvorbereitet vom Tode ereilt. Der eine wird die Todesfessel weiter tragen und seine Leber weitergeben, der andere darf die Leber annehmen und kann so die Todesfesseln durch die Transplantation abstreifen.

Diese Zeichnung entstand am 1. Mai 1999. Als ich sie mittags meiner Frau zeigte, fand sie diese sehr gelungen. Wir ahnten beide noch nicht, dass noch am selben Tag um 22.30 Uhr der Anruf aus der Uni-Klinik Mainz kommen würde, der mich zur Transplantation in die Klinik rufen würde. Um 6 Uhr morgens des nächsten Tages wurde operiert.“

● Bernhard Platte

Die eigentliche Operation dauerte 5 Stunden. Zwischen 7 und 8 Uhr früh kam ich auf die Intensivstation. Das Aufwachen erfolgte langsam und schrittweise. Ich konnte mich nicht bewegen, da überall Schläuche und Drainagen hingen. Das Hirn fing an zu funktionieren. Am gleichen Abend wurde ich bereits Medizinstudenten vorgestellt. Die Chirurgen freuten sich, als ich ihnen versprach, daß ich ihnen nicht die Statistik versauen wollte.

Ende des 2. Tages fing ich an für 36 Stunden zu spinnen. So stelle ich mir einen „horror trip“ nach LSD vor. Aber dann ging es schnell bergauf. Es gab so viele kleine Dinge über die ich mich freuen konnte. Am Bett stehen, die erste Mahlzeit außerhalb des Bettes, der erste Stuhlgang auf der Toilette und der erste Gang über die Station, alles schon am 2. und 3. Tag. Am 4. Tag kam ich auf die Normalstation und am 6. war ich das erste Mal im Garten und irgendwann als Höhepunkt die erste Dusche ohne Schläuche und Drainagen. Ich werde auch nie den herrlichen Geschmack der ersten Milch am 3. Tag vergessen und vor allem ohne Ekel und

Übelkeit. Das Krankenhausessen schmeckte mir köstlich und ich fing an zu fressen. Pro Nacht aß ich eine Tafel Schokolade und 250 g Kekse, bis der Blutzucker auffällig wurde. Die Leberfunktionen besserten sich ebenfalls täglich. Am 17. Tag wurde ich nach Wartenberg zur Reha entlassen. Natürlich war ich noch schwach, Ich versuchte von Anfang an zu trainieren, aber das geht sehr langsam und wird durch die Medikamente, die ich nehmen muß, noch erschwert.

Heute, am 14. Dezember, sind 7 Monate vergangen, aber immer noch erscheint uns die Operation und die schnelle Erholung als ein Wunder. Jeder „Geburtsmonat“ wird gefeiert. Es gibt so viele Anlässe sich zu freuen und Dinge wieder bewußt zu erleben. Der erste Restaurantbesuch, der erste Konzertbesuch, die Wiederezulassung des Autos, die erste Fahrt nach Frankfurt, die Freude auf den Frühling, weil ich so viele Blumenzwiebeln im Garten versteckt habe und die Planungen für einen Urlaub. Wir genießen jeden dieser geschenkten Tage Die Leberwerte sind befriedigend, eine Reinfektion hat es nicht gegeben, eine kleine

Abstoßungsreaktion brauchte nicht behandelt zu werden. Ich wünsche mir noch etwas mehr Kraft und Ausdauer. Die Nebenwirkungen des immunsuppressiven Medikamentes und der Corticosteroide sind manchmal störend und beeinflussen auch das Allgemeinbefinden, aber wenn ich an die Alternative denke, dann schlucke ich brav meine teuren Kapseln.

Das Durchstehen einer solchen Extremsituation verändert, glaube ich, jeden Menschen. In den langen Monaten, in denen ich in der Ecke lag, reichte die Restfunktion des Hirns trotz hohen Ammoniaks und anderer giftiger Abbaustoffe noch aus, um über sich selbst, das Leben allgemein und Gott und die Welt nachzudenken und Schlüsse zu ziehen. Man kann auch sehr gut seine Mitmenschen und ihren Umgang miteinander beobachten. Erschreckt hat mich manchmal das Verhalten besonders einiger jüngeren Kollegen im Umgang mit Patienten und ihr kompletter Mangel an Humor. **Es sei wie es wolle, das Leben, es ist schön und wir freuen uns auf die nächsten Jahre.«**

● Dr. Werner Habermann

## Ansprache bei der Kranzniederlegung

in Schwäbisch Hall

**W**ir sind heute hier an diesem Ort des Friedens und der Besinnung zusammengekommen um der Verstorbenen zu gedenken. Leider ist das Ziel bei vielen nicht erreicht worden, die Transplantation, in die so viele Hoffnungen gesetzt wurde.

Diese Hoffnung wurde durch den Tod des Angehörigen jäh zerstört. Es werden uns immer wieder die Grenzen der Medizin aufgezeigt.

Aber es zeigt sich immer wieder, daß sich im Durchleben der Trauer, in der Gemeinschaft mit anderen Trauernden heilsame Kräfte entfalten können.

Leider sind hilfreiche Elemente, Rituale, gewachsene Lebensgemeinschaften sowie Zeit für den „Nächsten“ zu haben in unserer Gesellschaft verloren gegangen.

Das führt dazu, daß viele kritische Bereiche unseres Lebens, z. B. Krisen und Trauerzeiten zu wenig Beachtung finden, obwohl doch alle Menschen von Abschieden, Verlusten und ganz besonders von Todesfällen betroffen sind. Wir Hinterbliebenen haben es uns zur Aufgabe gemacht, für andere Betroffene da zu sein.

Wir nehmen Anteil an ihrem Schmerz, begleiten sie in ihrer Trauer und vermitteln ihnen Trost und Hoffnung.



**Wir wollen heute aller Verstorbener gedenken, welche auf der Warteliste standen und kein Organ rechtzeitig erhielten oder nach der Transplantation durch Komplikationen verstorben sind.**

**Diesen Kranz legen wir heute – stellvertretend für all diese verstorbenen Menschen – in stillem Gedenken nieder.**

Kontaktgruppe für Hinterbliebene



# Plötzlich hat man viel Zeit.....

## **Du hast dich gesund gefühlt,**

Dein Terminkalender war bis an den Rand voll,  
Du hast nie Nein gesagt, du warst wichtig.  
Du hattest keine Zeit, keine Zeit mehr für dich selbst,  
Zu wenig Zeit für die Familie.  
Du kannst dir nicht vorstellen, daß es auch ohne dich geht.

## **Dein Arzt sagt dir eines Tages:**

Du bist schwer krank, vielleicht hast du einen Tumor.  
Viele Untersuchungen und Therapien folgen.  
Jetzt hast Du Zeit, sehr viel Zeit.  
Am Anfang kannst du es nicht fassen.  
Du hast noch so viele Pläne und Termine.

## **Aber deine Gedanken kreisen mehr und mehr um dich selbst**

Welche Chance hast du noch? Wie lange mußt du leiden?  
Du denkst über dein Leben nach – und über dein Sterben.  
Ist es schon so weit?  
Du erkennst, dass die Abteilung ohne dich nicht zusammenbricht,  
Dass das Projekt auch ohne dich fertig wird.

## **Die Anrufe der Kollegen werden immer seltener**

Dafür werden die Familie und der Freundeskreis immer wichtiger.  
Du erkennst, dass Du deine ganze Kraft für dich selbst brauchst,  
Du kannst nicht mehr geben.  
Du kehrst dich nach innen und lernst deinen Weg anzunehmen  
Und mehr und mehr loszulassen, vieles wird unwichtig.

## **Mehrere schwere Operationen schenken dir das Leben neu.**

Die Zeit wird relativ, sie bekommt eine andere Dimension.  
Man hat immer die Zeit, die man sich nimmt.  
Man läßt sich viel zu viel Zeit stehlen. Was ist wirklich wichtig?

## **Du hast nur das Jetzt, nur diesen Augenblick. Nur er ist wichtig.**

Das Gestern ist unveränderlich vorbei.  
Das Morgen ist ungewiß, deshalb schiebe das Wichtige nicht hinaus.  
Und weil du nur diesen Augenblick hast, mußt du das beste daraus machen.  
Vor allem, das Unabänderliche annehmen und nicht verzweifeln.

## **„Mache“ dir keine Sorgen – meistens kommt es doch anders.**

Du lernst auch das Nichtstun. Einfach da liegen, in den Himmel schauen.  
Sich über die Natur wundern, an der man oft achtlos vorbei geht.  
Du nimmst Dir jetzt auch Zeit für das Beten,  
Du liest Texte, die dir helfen, ja, jetzt auch die Bibel.

## **Du lernst, Probleme einfach „reifen“ zu lassen, die du nicht sofort lösen kannst.**

Manchmal lösen sie sich sogar von alleine, man muss es nicht erzwingen.  
Jetzt, wo es mir wieder gut geht, muss ich darauf achten,  
Dass ich nicht wieder die alten Fehler mache.  
Muß man erst selbst eine Grenzerfahrung machen, bevor man umdenkt?

• Josef Theiss

## **Sonett an das Licht**

Ich schlafe – schlafe, dunkle Nacht,  
Bedeckt mit Erde mein Sein und Gesicht,  
Vertrauen in ferne nahendes Licht,  
umhüllt von Schweigen – lautlose Macht.

Tragendes Licht – im Sinken die Hand,  
welche erhält, wo nur Fall ohne Wege -  
O mein Bewahrer, ich glaube! Du lege  
All meine Stege in Sand oder Land.

So Du es willst, verleihe uns die Liebe,  
durch sie zu bewähren die höchsten Triebe,  
Heute zu teilen Brot und Wein.

Was Du auch willst, nur leih Deinen Schein,  
leih mir Gestalt, ein Spiegel zu sein  
für das, was durch Dich ist der Friede.

• Martin Burckhardt

## **Unvorhergesehenes**

bringt uns ins Wanken  
Befürchtungen  
setzen uns in Panik  
Ängste und Zweifel  
an der Bewältigung  
stellen sich ein  
Wenn Hoffnung und Zuversicht  
die Mutlosigkeit besiegen,  
werden wir feststellen,  
wie viele Schwierigkeiten  
wir besiegen können

• Sigrid Müller

# Dank an die ausscheidenden

Auszug aus dem bei der Mitgliederversammlung am 11. März 2000 in Mainz

## Vorstandsmitglieder

von der Vorsitzenden Jutta Vierneusel vorgetragenen Jahresbericht

**Je größer unser Einzugsbereich wird, je mehr Angebote für die Betroffenen in den verschiedenen Bereichen existieren, um so schwieriger wird es, die Vielzahl der engagierten Mitglieder einzeln zu benennen.**

**Ich danke allen ganz herzlich, die sich im Sinne unserer Selbsthilfe bei der Arbeit vor Ort, im Vorstand, bei der Beratung des Vorstandes, in Fachbereichen, an TX-Zentren und sonst überall eingesetzt haben.**

Einige Vorstandsmitglieder, die sich wegen Zeitmangels, Arbeitsüberlastung oder gesundheitlicher Probleme aus dem Vorstand zurückziehen, möchte ich hier ausdrücklich erwähnen:

Danken möchte ich ebenso ihrem Mann Alfred, ohne dessen Unterstützung und Verzicht Gerdas Arbeit so nicht möglich gewesen wäre.

» **Helmut Beckmann**, der unserem Vorstand im letzten Jahr angehörte, danke ich herzlich für seinen Einsatz. Er unterstützte unseren Kassenwart Herrn Scheurer bei den Schreiben an Sponsoren. Er arbeitete im Redaktionsteam mit; organisierte und führte Regionaltreffen in Mainz durch, die regen Zuspruch fanden. Diese Regionalarbeit



wird Herr Beckmann auch weiterhin fortführen. Ihnen und Ihrer Gattin vielen Dank und auf eine weitere gute Zusammenarbeit in unserer Selbsthilfe.

» **Gerda Schieferdecker**, Gründungsmitglied und seit 1995 als Schriftführerin dem Vorstand angehörig, gilt unser aller Dank.. Gerda hat neben der aufwendigen Führung der Mitgliederlisten, Begrüßungsbriefe geschrieben und Einladungen verschickt. Sie ordnete die Mitglieder den Ansprechpartnern zu, verschickte Material an diese



und bis 1998 versandte sie auch die Lebenslinien. Dies sind nur einige ihrer Tätigkeiten als Schriftführerin. Daneben war sie aktiv in der Kontaktgruppe Heilbronn und der Regionalgruppe Heidelberg tätig. Ihr besonderes Anliegen ist die Aufklärung „Organspende“, der sie sich engagiert widmete und die sie neben der Tätigkeit vor Ort weiterführt. Sie hat die Lebertransplantierten aktiv und erfolgreich im Sport vertreten.

» **Josef Theiss** gehörte dem Vorstand seit 1997 als stellvertretender Vorsitzender an. Er nahm aber schon seit 1995 als beratendes Mitglied und verantwortlich als Redaktionsleiter für die



„Lebenslinien“ und später auch für „aktuell“ an den Vorstandssitzungen teil. Neben der Öffentlichkeitsarbeit, die auch Pressearbeit, Aufbau Internet, Gestaltung Briefbögen etc. beinhaltete, entlastete Josef Theiss mich bei Aufgaben im Vorsitz. Er pflegte Kontakte zu Verbänden wie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband und BAGH, nahm an Kongressen und Veranstaltungen teil. Seit 1998 zeichnete er verantwortlich für die Betreuung der Ansprechpartner als Koordinator Süd. Zudem war Josef Theiss rege tätig in der Arbeit vor Ort in der Kontaktgruppe Bietigheim-Bissingen/Ludwigsburg. Der Aufklärung „Lebererkrankungen“ und „Organspende“ widmete er große Aufmerksamkeit. Er will auch weiterhin seine Arbeit vor Ort und im Redaktionsteam leisten.

Danken möchte ich auch seiner Frau Hedi, die auf ihren Mann häufig verzichten mußte und ihn – bei Mitgliederversammlungen in Bietigheim mit lecker zubereitetem Mittagessen und bei Flohmärkten – tatkräftig unterstützte.

### » Gut besuchtes Arzt/Patienten-Seminar in Hannover

**Fast 300 Patienten und Angehörige füllten am 23. Oktober den Hörsaal F in der Medizinischen Hochschule Hannover, um sich über den derzeitigen Stand der Transplantationsmedizin, speziell bei Lebertransplantationen, zu informieren.**

Professor Klempnauer, seit April 1999 Chefarzt der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, stellte sich, sein Team und seinen gesamten Aufgabenbereich einem breiten Publikum und der örtlichen Presse vor. Folgende Themen der Transplantationsmedizin wurden in den Vorträgen behandelt: Organspende, Organmangel, Lebendspende, Indikation zur Lebertransplantation, Stand der operativen Verfahren, postoperativer Verlauf, Immunsuppression, ambulante

Nachbetreuung, computergestützte ambulante Patientenbetreuung und mögliche Entwicklungen in der Transplantationsmedizin. Dabei benutzten Professor Klempnauer und die anderen Referenten eine einfache verständliche Sprache, was bei den Zuhörern besonders gut ankam. So ergab es sich fast von selbst, dass viel gefragt und mitdiskutiert wurde. Selbst in der halbstündigen Kaffeepause wurden die Referenten von Patienten umringt und in Gespräche verwickelt. Als Professor Klempnauer das AP-Seminar nach vier Stunden beendete, konnte er ein gut informiertes und zufriedenes Publikum entlassen.

Derartige Veranstaltungen bieten auch unserer Selbsthilfeorganisation eine ausgezeichnete Werbemöglichkeit. Frau Alders, die den

Begrüßungs- und Einführungsvortrag hielt, stellte die Probleme der Patienten und die sich daraus ergebenden Aufgaben und Angebote der Selbsthilfe Lebertransplantierter vor. Unsere Info-Wand und ein großer Tisch mit Informationsmaterial standen gut postiert vor dem Hörsaal. Dem örtlichen Pressefotografen hatte es die Info-Wand besonders angetan, sie diente als Hintergrund für seine Fotos.

Schließlich sei auch der Firma Novartis gedankt, die in der Kaffeepause und am Veranstaltungsschluss für einen Imbiss und Getränke sorgte. • Werner Pollakowski

### » Treffen mit Wartepatienten am Transplantationszentrum der Uni Göttingen

**Am 2. Dezember 1999 fand zum wiederholten Male ein Treffen mit Patienten auf der Warteliste für eine Leber- bzw. Nierentransplantation statt. Dieses Treffen hat sich mittlerweile bewährt und findet ca. 4 x im Jahr statt.**

Nachdem durch die Ärzte Informationen über die medizinische Seite gegeben wurden, berichteten Pfleger der Intensiv- und Transplant-Station über den Ablauf nach der Transplantation auf diesen Stationen. Dabei wurde sehr detailliert auf die möglichen Ängste und Probleme der Patienten eingegangen und die Möglichkeit einer Besichtigungen dieser Stationen vorab angeboten. Sicherlich eine Massnahme, die dazubeitragen kann, Ängste vor dem „Gespenst“ Intensivstation abzubauen.

Im Anschluß daran fanden Patienten, die alles hinter sich haben, Gelegenheit von ihren Erfahrungen zu berichten. In diesem Zusammenhang habe ich die Arbeit unserer Selbsthilfe vorgestellt und auch aus meinen

persönlichen Erfahrungen als Transplantierte berichtet. Einige der anwesenden Wartepatienten kannte ich bereits von meinen regelmäßigen Besuchen auf den o.a. Stationen. Um den Patienten die Möglichkeit zu geben, die Informationsflut etwas zu verdauen und Fragen in intimer Atmosphäre (ohne die ganzen Ärzte etc.) stellen zu können, haben wir uns im Anschluß nochmals in einer kleinen Runde zusammengesetzt und uns sicherlich etwas offener ausgetauscht. Zuvor referierte die Pastorin noch über die Haltung der Kirche sowie ihre sehr persönliche Meinung zum Thema Transplantation/Organspende. Sie berichtete, daß die Kirchen (sowohl ev. als auch kath.) die Organspende als einen Akt der Nächstenliebe sehen und ermunterte die Anwesenden, sich über das Thema zu informieren.

Insgesamt war es eine gelungene Veranstaltung mit ca. 50-60 Teilnehmern, worüber wir uns sehr gefreut haben und ermuntert wurden, diese Veranstaltungen regelmäßig weiterzuführen. • Nicola Zimmermann

#### Teilnehmer waren

- » Prof. B. Ringe, Leiter der Transplantationschirurgie
- » OA Dr. Lorf
- » Assistenzärztin Frau Dr. Döpfken
- » ein Arzt/Pfleger der Intensivstation
- » eine Schwester der Transplantationsstation
- » Nicola Zimmermann, Ansprechpartnerin der Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V. in Göttingen/Kassel
- » Herr Linne als transplantierte Patient
- » Frau Gräb, Klinikseelsorgerin (betreut verstärkt Transplant-Patienten)

## » Leberforum der städtischen Kliniken, Kassel

Am 3. Dezember fand im Mövenpick Hotel in Kassel das 2. Leberforum statt.

Unter dem Motto „Patienten fragen – Ärzte antworten“ fanden an diesem Nachmittag zahlreiche Vorträge zum Thema Lebererkrankungen statt. Referenten waren u.a. Herr Prof. Pausch, Hepatologe an den städtischen Kliniken in Kassel, sowie Ärzte aus den umliegenden Krankenhäuser wie Marburg etc.

Im Foyer des Mövenpicks hatten zahlreiche Organisationen Infostände aufgebaut und verteilten Broschüren und standen Rede und Antwort: Vertreten waren Pharmafirmen und Hepatitis-Gruppen. Als Vertreterin unserer Selbsthilfe hatte ich mich mit einem Stand plazierte und vor allem Infos über unsere Tätigkeiten gegeben. Es fanden einige Gespräche mit betroffenen Patienten statt, die Hepatitis haben und sich mit dem Thema Lebertransplantation auseinander setzen müssen. Hier konnte ich wichtige Hilfestellungen anbieten und durch das Gespräch helfen, Ängste abzubauen.

Die Vorträge waren auch für mich sehr interessant und haben mir geholfen, mein medizinisches Wissen aufzufrischen. Im Einzelnen behandelten die Vorträge folgende Themen:

- » Medikamenteninduzierte Lebererkrankungen
- » Alkoholinduzierte Lebererkrankungen
- » Formen der Hepatitis und Impfmöglichkeiten
- » Reisekrankheiten

Das Interesse war außerordentlich hoch, es waren ca. 60 interessierte Bürgerinnen und Bürger da, die zahlreiche Fragen stellten. Insgesamt war die Veranstaltung eine runde Sache, die meiner Ansicht nach regelmäßig fortgeführt werden sollte. • Nicola Zimmermann

## » 1. Wuppertaler Lebertag

**Information und Wissen ist alles in unserer Leistungsgesellschaft, nur bei der Leber nimmt man diesen Grundsatz nicht sehr ernst. Lebererkrankungen zählen mit zu den häufigsten Krankheiten überhaupt, jedoch sind die Kenntnisse darüber erschreckend gering.**

Professor Greiner vom Klinikum Wuppertal griff darum die Anregung der Selbsthilfe Lebertransplantierter auf, ein Arzt/Patienten-Seminar über Lebererkrankungen in Wuppertal zu veranstalten. Der 120 Plätze fassende Hörsaal des Klinikums war leider nicht ganz gefüllt, als dort am 18. März 2000 der 1. Wuppertaler Lebertag stattfand. Dabei hätte diese gut organisierte und informative Veranstaltung ein noch größeres Interesse verdient.

Den Zuhörern wurde von Professor Greiner, weiteren Klinikärzten und niedergelassenen Gastroenterologen ein weites Themenspektrum geboten. Die Funktion der Leber wurde erklärt, die durch Krankheiten ausgelösten Funktionsstörungen anschaulich beschrieben, sowie die Vielzahl der Lebererkrankungen und die Bedeutung des Alkoholmissbrauchs geschildert und die derzeit gebräuchlichen Diagnoseverfahren erläutert. Die Ernährung und Fehlernährung und deren Auswirkungen auf die gesunde und kranke Leber waren ein weiteres Thema.

Nach der Kaffeepause sprach Dr. Malago vom Klinikum Essen über Lebertransplantation und Jutta Alders als Betroffene über das Leben vor und nach einer Lebertransplantation.

Nach jedem Vortrag wurden vom betreffenden Referenten Fragen der Zuhörer beantwortet, woraus sich vielfach lebhaft Diskus-sionen entwickelten. Auf die anschließend geplante Podiumsdiskussion konnte man daher ruhigen Gewissens verzichten. Nach vierstündiger Dauer beendete Professor Greiner einen interessanten Vormittag, der auch in der örtlichen Presse ein positives Echo fand.

Wenn der Lebertag in Wuppertal zu einer festen Einrichtung wird, dürfte das Publikumsinteresse, schon durch die Presseberichte, schlagartig wachsen, so dass der Klinikhörsaal nicht mehr ausreichen dürfte. Ein Dank auch an die Pharmafirmen Falk und Novartis, die als Sponsoren diese Veranstaltung unterstützten • Werner Pollakowski

## » Supervisions-Wochenende in Ritschweiler



## » Regionalgruppentreffen in Heidelberg

**Der Tradition entsprechend fand am 15. April 2000 das diesjährige Frühlings-Regionalgruppentreffen im großen Hörsaal der Chirurgischen Klinik in Heidelberg mit ca. 60 Teilnehmern statt.**

Die Begrüßung als auch die Begleitung durch den Vormittag übernahm unsere Vereinsvorsitzende Jutta Vierneusel in bekannt routinierter Weise. Anwesende Gesprächspartner seitens des Klinikums Heidelberg waren der „Hausherr“ – so stellte ihn Frau Vierneusel vor – Prof. Dr. med. Ernst Klar, außerdem Dieter Eipl, Transplantations-Stationsleiter 3b, Herr Dr. R. Nickel, Mitarbeiter des Transplantationszentrums Mainz, sowie als kompetente Gäste Dr. med. Torsten Schlencker (Gastroenterologe), Frau Dr. med. Dipl. Psych. Brigitte Schlehofer (Psychosomatik), als auch Pfarrerin Barbara Roßner (Geistlicher Beirat unseres Vereins).

Zuerst referierte Dieter Eipl über die Ergebnisse aus den Auswertungen der Fragebögen zur psychosozialen Betreuung der LTX-Patienten am Klinikum Heidelberg. Hierzu wurden statistische Erhebungen in Grafiken mittels Overheadprojektor präsentiert und kommentiert. Eine Rücksendequote von nur einem Drittel erfüllte nicht ganz die Erwar-

tungen der Initiatoren, die aus den ermittelten Kenntnissen für die Zukunft eine noch bessere Patientenversorgung ableiten wollen. Ein gewisser Ergebnistrend war jedoch zu ersehen. Deutlich wurde, daß schon nach dem die Empfehlung zur Transplantation ausgesprochen ist, der Patient mit einem Ansprechpartner der Selbsthilfe Lebertransplantierte frühstmöglich Kontakt haben sollte, der schon eine LTX hatte und der die darüber gewonnene Erfahrung in allen Lebensbereichen besitzt

Es wäre auch angebracht, ein interdisziplinäres Treffen mit Internisten, Chirurgen, Pflegepersonal, Pfarrer, Psychologe, als auch dem Ansprechpartner der Selbsthilfe herbeizuführen, damit der Wartepatient mit nächstem Angehörigen von Anfang an, alle für seinen späteren Verlauf in Betracht kommenden Personen kennenlernt. Es sollen zudem Sachinformationen zur eigenverantwortlichen Mithilfe vermittelt werden. Hierbei wurde auf die wichtige Rolle des Angehörigen als Mittler zwischen Arzt, Psychologe, etc. und dem Patienten hingewiesen.

Herr Dr. R. Nickel, Psychosomatische Medizin, gestaltete nach einer Kaffeepause den zweiten Vortrag über das Thema „Umgang mit

Krankheit und Gesundheit“ und die wechselseitige Beziehung zwischen Körper und Psyche. Ein Bericht darüber ist in Aussicht gestellt, der die ganze Tragweite der Darbietung interpretiert. Von den kompetenten Experten wurde in einer anschließenden Fragestunde ein bunter Mix an Wissenswertern fachgerecht beantwortet.

Zum Abschluß überreichte Jutta Vierneusel den Referenten als Dank für ihr lobenswertes Engagement je einen Frühlingsblumenstrauß. Für die dargebotene Gastfreundschaft, als auch die gute Zusammenarbeit bedankte sich der Vorstand (vertreten durch Jutta Vierneusel und Jürgen Scheurer) bei dem Leiter des Transplantationszentrums, Prof. Dr. med. E. Klar, nochmals herzlich. Ein gemütlicher Nachmittag begann bei einem gemeinsamen Mittagessen in der nahen Gaststätte am Heidelberger Zoo.

• Wolfgang Bier

**Als neue Ansprechpartnerin möchte ich über das Supervisions-Wochenende in Ritschweiler berichten. Von meinen Eindrücken, von den Anregungen, einfach davon wie mir das Wochenende gefallen hat, was es mir selber gebracht hat.**

Bei schönstem Wetter sind wir am Bodensee losgefahren und bei Nebel in Ritschweiler um 11.30 Uhr angekommen. Nach der Zimmerteilung und Begrüßung der anderen Teilnehmer – wir waren 13 Personen und natürlich Frau Barbara Roßner (Psychotherapeutin und ehem. Klinikseelsorgerin am Transplantationszentrum Heidelberg), die die Gruppe geführt hat – gab es zum Auftakt ein gemeinsames Mittagessen.

Danach traf man sich im Konferenzraum und die eigentliche Arbeit begann. Frau Roßner und alle anderen Ansprechpartner stellten sich kurz vor, erzählten etwas über sich. Nach dieser Einleitung sollte jeder aufschreiben, was er gerne besprochen haben möchte, was ihn beschäftigt. Es kamen viele Punkte zusammen.

Grundlage für das weitere Gespräch waren folgende 3 Fallbeispiele:

» Der Betroffene will seine Krankheit nicht wahr haben, nur der Partner hat Kontakt zur Gruppe. » Der Betroffene stirbt nach Transplantation. Trauer, Haß der Hinterbliebenen. » Der Enkel ist krank, Eltern erzählen der Oma fast nichts, Oma hat Kontakt zur Selbsthilfegruppe aufgenommen, um Informationen zu erhalten.

Zu diesen drei Modellen, die auch noch am Sonntag besprochen wurden, kamen noch viele andere Gesichtspunkte, die gar nicht einzeln aufgezählt werden können. Oft ergab sich aus einem Gespräch ein neuer Gedanke, eine neue Idee, eine Anregung usw. Selbst die Antworten zu den drei Fallbeispielen aus der Praxis waren nicht als fertige Rezepte zu verstehen, die wir so weitergeben können. Die gesammelten Antworten bestanden nur aus Anregungen, es doch mal so zu versuchen, nach Details zu fragen, oder einfach nur zum Zuhören da zu sein. Der richtige Weg konnte sowieso anhand der Beispiele nicht vorgegeben werden, da oft noch mehr Informationen von außen gefehlt haben. Aber diese vielen kleinen Anregungen in verschiedene Richtungen waren sehr hilfreich und interessant. Und dadurch, daß jeder in irgendeiner Weise ein ähnliches Problem schon hatte, kamen viele Ideen und Möglichkeiten zutage. »

Der gesellige Teil kam natürlich auch nicht zu kurz. Abends saßen wir noch in einer gemütlichen Runde beisammen und sprachen über alles mögliche.

Für mich, als ganz neu hinzugekommene Ansprechpartnerin, war dieses Wochenende ein voller Erfolg. Es zeigte mir, daß man gar nicht alles wissen muß über die verschiedenen Krankheitsformen. Viel wichtiger ist der Austausch unter Gleichgesinnten. Oft wollen

die Betroffenen nur wissen, wie war es, wie sind sie damit fertig geworden. Mir selbst hat das Seminar viel gegeben. Ich weiß, daß ich den richtigen Weg eingeschlagen habe und ich weiß auch, wenn ich selbst Probleme habe und nicht weiter weiß mit meinem Wissen, kann ich mich jederzeit an einen anderen Ansprechpartner wenden. Und dieses Gefühl tut gut und bestärkt mich in meiner neuen Aufgabe. • Maren Otten

## » Ansprechpartnerseminar für Süddeutschland am 25.-26. März 2000 im Bildungshaus Schöntal

**Das schöne Kloster Schöntal im Hohenlohekreis war der Rahmen für das diesjährige Treffen der Ansprechpartner Süddeutschland am Samstag 25. und Sonntag 26. März 2000. Insgesamt zehn Ansprechpartner wurden von Frau Jutta Riemer und Herrn Josef Theiss, den verantwortlichen Koordinatoren herzlich begrüßt.**

Zu Beginn der Veranstaltung am Samstag wurde von Herrn Theiss zuerst auf Organisatorisches und auf die Öffentlichkeitsarbeit eingegangen. Bei letzterem ist insbesondere an Krankenkassen, das Gesundheitsamt, sowie Ambulanzen zu denken, wo unser Verein bekannt gemacht werden kann. Aber auch neue Kommunikationsmedien wie das Internet treten immer mehr in den Vordergrund der Vereinsarbeit.

Frau Riemer sprach nach einem vorzüglichen Mittagessen zum Thema „Transplantation und Organspende“ auch im Hinblick auf den Tag der Organspende am 3. Juni 2000. Die Ansprechpartner erhielten Informationen und Anregungen für die Aufklärungsarbeit zu diesem Bereich. Dabei geht es insbesondere immer wieder um die Aufklärung „was bedeutet Hirntod“ und wie wird dieser festgestellt. Denn Unkenntnis und daraus resultierende Ängste gilt es abzubauen, um mehr Menschen von der Organspende zu überzeugen.

Nach einer kurzen Kaffeepause kamen wir zu den eigentlichen Schwerpunkten des Seminars, nämlich erstens „die Situation der Ansprechpartner im Spannungsfeld eigener Betroffenheit und Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung anderer“ und zweitens „Konflikte und Zufriedenheit mit der

eigenen Kontaktgruppe.“ Dabei erhielten wir professionelle Hilfe von Herrn Günter Franzen, Diplompädagoge und seit 10 Jahren Mitarbeiter am Institut für klinische Psychologie der Universität Frankfurt. Diese Schwer-



punkte wurden jedoch von der Gruppe selbst im Verlauf der Sitzungen unter Moderation von Herrn Franzen herausgearbeitet und sind aus der konkreten Arbeit mit den eigenen Kontaktgruppen entstanden. Als Ergebnis zum ersten Themenschwerpunkt konnten wir am Samstagabend folgendes festhalten: Auch Ansprechpartner

müssen sich teilweise Grenzen setzen und ihre Kräfte einteilen, um durch die aktive Vereinsarbeit rein zahlenmäßig durch größer werdende Kontaktgruppen sowie sonstige Verpflichtungen nicht in eine Überlastungssituation zu geraten. Dabei wird nicht selten die Abgrenzung zur Privatsphäre infolge der ehrenamtlichen Tätigkeit vermischt. Auch dient der Ansprechpartner einer Selbsthilfegruppe besonders der psychosomatischen Verarbeitung der Krankheit, muß zuhören können, immer Zeit haben und bringt das geforderte Verständnis mit aufgrund der eigenen Krankheitsgeschichte.

Dies kann dann belastend werden, wenn man dadurch immer wieder mit der eigenen Krankengeschichte konfrontiert wird. Um dies zu vermeiden, sind innere und äußere Motivationsfaktoren notwendig, die jeden Ansprechpartner in seiner Vereinsarbeit bestärken und befriedigen. Diese Motivationsfaktoren sind jedoch bei jedem Ansprech-

## » Die Kontaktgruppe Ludwigsburg/Bietigheim berichtet:

„Es geht ihm wieder gut...“ – mit dieser Überschrift brachte 1994 die

**Bietigheimer Zeitung ein Interview mit mir und berichtete über meine erfolgreiche Transplantation. Mir ging es damals besonders darum, den Sinn der Organspende in die Öffentlichkeit zu bringen und wie wichtig es für einen selbst sein kann, daß es zur Organspende bereite Menschen gibt. Von vielen Bürgern wurde ich darauf angesprochen und konnte sie über alles informieren. Natürlich war auch viel Neugierde dabei, denn einen Transplantierten hat man nicht alltäglich vor sich.**

**Die meisten fragten erstaunt „kann man das überhaupt machen?“**

partner sehr unterschiedlich und müssen individuell herausgearbeitet werden.

Gegen 20.30 Uhr wurde der offizielle Teil des Samstags beendet, und der gemütliche Teil des Abends konnte beginnen. Alle Ansprechpartner trafen sich noch im Lese-raum zu einem gemütlichen Abendplausch. Jedoch hatte jeder bereits den Sonntagmorgen wieder im Kopf, denn um 8 Uhr war Frühstück angesagt und zudem wurde in dieser Nacht noch die Uhr um eine Stunde vorgestellt. So verschwanden nach und nach gegen halb elf alle Ansprechpartner in ihren „Klosterzellen“.

Am Sonntagmorgen ging es nach einem guten Frühstück weiter mit dem Thema „Konflikte und Zufriedenheit mit der eigenen Kontaktgruppe“. Herr Günter Franzen gab Hilfestellung bei Fragen der jährlichen Anzahl von Kontaktgruppentreffen, wie man die Motivation der Gruppenmitglieder zur Teilnahme an den Treffen und das Zusammengehörigkeitsgefühl steigern könnte sowie auch die Eigeninitiative der Mitglieder. Denn allzu oft dient der Ansprechpartner als „Macher“ der Gruppe und die Gruppenmitglieder sind lediglich „Konsumenten“, was von einigen Ansprechpartnern kritisiert wurde.

In der Abschlussrunde stellten wir fest, dass viele unserer Fragen geklärt werden konnten und im akuten Fall die Koordinatoren für uns Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung stehen, so dass sich niemand allein gelassen vorkommen muß. Für mich als „neuer“ Ansprechpartner eine beruhigende Vorstellung. So konnte ich mit vielen wertvollen Informationen, neuen Kontakten zu Transplantierten wieder nach Hause fahren und freue mich nun auf die Arbeit als Ansprechpartner.

Der Dank aller Ansprechpartner geht an Jutta Vierneusel, Jutta Riemer und an Josef Theiss für die Organisation und Durchführung dieses Seminars.

• Andrea Schilling

Am Schluß des Beitrages nannte die Zeitung meine Telefon-Nummer. So fing es mit der Gruppe an. Inzwischen ist die Kontaktgruppe im Kreis Ludwigsburg auf ca. 30 Betroffene angewachsen, davon die Mehrzahl Lebertransplantierte und Wartepatienten, die meisten sind Mitglieder unseres Vereines geworden. Auch einige Herz- und Nierentransplantierte kommen gern in die Gruppe.



Neben den Stammtischabenden, an denen man sich ohne Programm zum Gespräch und zum Essen trifft, wird durch Fachvorträge Wissenswertes über die Leber, Lebererkrankungen, Medikamente, die Lebertransplantation davor und danach vermittelt. Im vergangenen Jahr veranstaltete die Gruppe eine Reihe von öffentlichen Vorträgen mit dem Hepatologen PD Dr. S. Walker, Chefarzt der Inneren Abteilung I des Bietigheimer Krankenhauses, zum Thema Lebererkrankungen und speziell auch zur Virushepatitis, zum Teil zusammen mit dem Gesundheitsamt und Krankenkassen. Dabei stand auch die Impfaufklärung im Mittelpunkt. Diese Angebote waren sehr gut besucht.

Ein jährlicher Schwerpunkt sind die Aktivitäten zum und um den Tag der Organspende. So beteiligte sich die Gruppe 1999 und

2000 mit Infoständen in vier Städten im Kreis und bei vielen anderen Maßnahmen. Die Flohmärkte der Gruppe in der Bietigheimer Fußgängerzone bedeuten zwar eine Menge Arbeit, bringen aber allen viel Spaß und nicht zuletzt Geld in die Kasse des Vereines.

Für die Mitglieder ist die Gruppe zu einer wichtigen Anlaufstelle in ihrer Nähe geworden. Sie helfen und stützen sich gegenseitig, es bilden sich Freundschaften, neue Mitglieder fühlen sich rasch angenommen und gut aufgehoben. Eine besondere Freude für alle ist, wenn es wieder einmal eine/r „geschafft hat“. Freilich müssen auch wir erleben, daß das Ziel nicht immer erreicht wird. Die Angehörigen erfahren, daß in diesen schweren Stunden die Gruppe zu ihnen steht und sie begleitet.

Inzwischen kennen Ärzte, die Krankenkassen und die Gesundheitsämter die Telefon-Nummer 07142/57902 und geben sie an Betroffene weiter, die Rat und Hilfe suchen. Es befriedigt von mal zu mal mehr, wenn diese nach einem längeren Telefongespräch oder einem Besuch zusammen mit dem Partner sagen „jetzt ist mir leichter, jetzt weiß ich Bescheid“.

Die Gruppe arbeitet mit in der „Arbeitsgemeinschaft Gesundheit“ im Kreis Ludwigsburg und initiiert Infoveranstaltungen der Kassen zum Thema Lebererkrankungen, Impfvorsorge und Organspende.

• Josef Theiss

# »Im Dreierpack: Kontaktgruppen Heilbronn, Hohenlohe und Schwäbisch Hall

**Im Sommer 1999 stand es für uns fest (Gerda Schieferdecker/Jutta Riemer):**

**Die Mitgliederzahl der einzelnen Gruppen reicht einfach nicht aus, um Gruppentreffen, Veranstaltungen mit Referenten u.a. befriedigend durchzuführen.**

**Also hieß ab Sommer die Devise „Kooperation“ und der Versuch ob die**

**Heilbronner, bzw. die Hohenloher den „Sprung“ über die Kreisgrenze akzeptieren.**

Gleich beim ersten Versuch – fast auf der Kreisgrenze – waren wir zu acht! – und zwar Heilbronner und Hohenloher! Schnell ergaben sich Erfahrungsaustausch und Urlaubsgespräche. Hoppla, dreieinhalb Stunden haben wir schon „g’schwätzt“?

Das nächste Treffen fand im Februar statt. Als Treffpunkt hatten wir die AOK in Öhringen gewählt, die uns einen sehr schönen Tagungsraum mit Küche zur Verfügung stellte. Mitglieder brachten Kuchen mit und bei Kaffee entwickelte sich schnell lebhaftes

Gespräche. Frau Piorko vom Betreuungsverein Hohenlohe hatte sich bereit erklärt, einen Vortrag zum Thema Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung zu halten. Viele der Anwesenden hatten Fragen und waren sicherlich überzeugt, dass auch sie selbst sich noch weiter damit befassen sollten und auch eine schriftliche Entscheidung verfassen sollten.

Zu diesem Treffen waren wir schon zu fünfzehnt! Außerdem waren noch zwei durch die Zeitungsnotiz angelockte Öhringer dabei,

die nichts mit Transplantation zu tun hatten. Besonders schmunzeln ließ mich die Äußerung einer dieser beiden zum Ende der Veranstaltung: „Des send aber nette Leit, Ihr kennet Aich abber scho lang, gell?“

Am 9. April wanderten wir zusammen mit Dialysepatienten, Niere- und Herztransplantierten traditionsgemäß um die Heilbronner Waldheide, die sehr starke Sturmschäden erkennen ließ. Mit einem Kaffeetrinken klang der Nachmittag danach gemütlich aus.

Am 4. Mai trafen wir uns zur Vorbereitung im Tagungsraum des Krankenhauses Öhringen zur Vorbereitung des diesjährigen Tages der Organspende am 3. Juni. Organisatorisches wurde ebenso besprochen wie Fachliches: Wir wollen ja „fit“ sein für die Fragen der Bevölkerung, die auf uns zukommen.

• Jutta Riemer

## »Erstes Regionalgruppen-Treffen in München

**Der Grundstein für dieses 1. Treffen Lebertransplantierter der Region München war bei der Patientenveranstaltung im Klinikum Großhadern am 7. Oktober**

**1999 gelegt worden (Wir berichteten in LL 2-1999 darüber). Eine Reihe der**

**Teilnehmer dieses sehr gut besuchten Arzt/Patienten-Seminars hatte**

**Interesse an weiteren Begegnungen im Rahmen einer Kontaktgruppe gezeigt.**

Zu einem ersten Treffen im Selbsthilfe-Zentrum München in der Bayerstraße waren am 15. April etwa zehn Teilnehmer der Einladung unseres Ansprechpartners Alfred-Josef Truger gefolgt, einige davon waren mit ihren Partnern gekommen. An dieser „Premiere“ nahm auch Josef Theiss teil, der für den Bereich „Südl. Bayern“ zuständige Koordinator. Auch im Namen von A.-J. Truger begrüßte er die Teilnehmer und stellte ihnen den Verein mit seinen Zielen, Strukturen und Aufgaben bzw. Leistungen vor. Er legte dar, was der Verein unter einer Kontaktgruppe verstehe und welche Grundregeln für die Treffen in einer Gruppe gelten, nämlich Gleichberechtigung, Offenheit, gegenseitiges Vertrauen und Verschwiegenheit. Er verdeutlichte auch die erfolgreiche „außenpoliti-

sche Arbeit“ des Vereins im Interesse der Betroffenen sowie die Bedeutung einer Mitgliedschaft im Sinne einer solidarischen Gemeinschaft.

Jeder der Anwesenden stellte in überraschender Offenheit seine persönliche Geschichte vor und schilderte seinen Krankheits- und Transplantationsverlauf. Einige kannten sich bereits, manche von ihnen sind bereits Mitglieder unseres Vereins. Die Erwartungen in die künftige Gruppe können mit „Nehmen und Geben“ umschrieben werden: Jeder bringt sich mit seinen Erfahrungen, aber auch mit seinen Fragen und Problemen ein und gibt sein Wissen an andere Betroffene weiter. So bildet sich ein Netzwerk der gegenseitigen Hilfe.

Durch die Beiträge ergaben sich eine Reihe von aktuellen Fragen und hilfreichen Hinweisen, z. B. zu den Medikamenten und ihren Nebenwirkungen, zu Therapien und auch zu Auswirkungen der Gesundheitsreform 2000. So konnte jeder bereits vom ersten Treffen profitieren.

Die Teilnehmer dieser ersten Kontaktrunde wollen sich gerne in zwei Monaten wieder treffen, möglicherweise mit weiteren Interessenten, denn jeder ist von seinem Klinikaufenthalt bzw. der AHB mit anderen Betroffenen in Verbindung. A. J. Truger bat um Unterstützung und Hilfe bei der künftigen Organisation der Treffen. Spontan fand sich dazu noch keine/r bereit, aber nach einer „Bedenkzeit“ wird sich sicher eine/r finden.

Bei der großen Zahl von Transplantierten des Klinikums Großhadern (ca. 500) und am Klinikum „Am Rechts der Isar“ (ca. 200) fehlte in der Region München bisher dieses wichtige Angebot. Diese Lücke kann nun geschlossen werden. Josef Theiss sicherte seine Hilfe und die des Vorstandes zu.

**Ansprechpartner München:**

Alfred-Josef Truger, Tel./Fax 089/48 72 97



## MAILBOX

## Ein eMail aus Brasilien...

Hallo, Frau Vierendeusel!

Sie waren so freundlich, meiner Freundin Eveline Haase vor einiger Zeit Informationsmaterial zuzuschicken, das Sie sofort an uns weitergeleitet hat und das uns von grossem Nutzen ist. Mein Mann Delton und ich leben seit sechs Jahren in Brasilien. Im Dezember hatte Delton starke Magenblutungen und daraufhin sind im Rahmen einer Endoskopie Ösophagusvarizen festgestellt worden. Diese wurden mittlerweile erfolgreich durch Gummibandligaturen verödet. Der Arzt ist sich (fast)sicher, dass Delton eine Leberzirrhose hat, bislang noch unbekannter Genese. Vermutet werden Primäre biliäre Zirrhose oder Cholangitiden. Heute morgen rief mich meine Mutter an und erzählte mir von einer Fernsehsendung, die sie selbst leider nicht gesehen hat und von der sie nur über drei Ecken gehört hat, in der von einer neuen Behandlungsmethode in den USA berichtet wurde, mit deren Hilfe es nicht nur möglich sein soll, die Leberzirrhose aufzuhalten, sondern sogar, sie rückgängig zu machen. Nun meine Frage an Sie: haben Sie schon von dieser Methode gehört und hätten vielleicht Informationen drüber?

Ihre Zeitschrift „Lebenslinien“ gefällt mir sehr gut, herzlichen Glückwunsch dazu an die ganze Redaktion! Wir würden sie gerne bestellen, dazu würde ich die Adresse meines Vaters im Schwarzwald angeben und er könnte auch der Einfachheit halber die Rechnung begleichen. Wie wären die Zahlungsbedingungen und der Preis?

Wie wunderbar, dass es diese Selbsthilfeorganisation gibt und dass wir über die modernen Medien auch diese Möglichkeiten des direkten Kontakts haben! Hier in Brasilien ist es nämlich nicht so einfach mit allem. Und gerade wegen der oft fragwürdigen medizinischen Versorgung ist es für uns wichtig, so viele kompetente Informationen wie möglich zu bekommen, um die Versorgung von Delton hier beurteilen zu können und den Ärzten auf die Füsse zu treten.

**Viele herzliche Grüße aus Brasilien momentan viel zu heisser Sonne von Martina Campos**

Sehr geehrte Frau Vierendeusel, herzlichen Dank für die Anteilnahme zum Tode meines Mannes. Es ist für mich nicht einfach, ein neues Leben zu beginnen nach fast 44 Ehejahren. Wir haben zwar gewußt, daß die Operation nicht einfach ist, auch das Danach. Aber wir hatten doch eine große Zuversicht. Und da mein Mann immer gegen die Krankheit gekämpft hat, war eigentlich für mich klar, daß er es schafft.

Nun, es ist anders gekommen. Auf jeden Fall ist er von seinen Schmerzen befreit. Irgendwann werde ich auch das Schlimmste überwunden haben.

**Nochmals herzlichen Dank, N.N. (Name d. Redaktion bekannt)**

Liebe Frau Vierendeusel, wir möchten uns bei Ihnen ganz herzlich bedanken, daß sie auf unseren Anruf so prompt mit der Zusendung des Informationsmaterials reagiert haben.

Und zu Inhalt und Gestaltung der „Lebenslinien“ unsere Anerkennung, ebenso zu der bisher geleisteten Arbeit. Die Zeitschrift ist uns sehr hilfreich, da wir am Anfang der Gesamtproblematik stehen. Es ist gut zu wissen, daß wir Ansprechpartner haben, wenn uns die Befürchtungen überfallen und wir alles auf einmal denken.

Deshalb möchten wir der Selbsthilfe Lebertransplantierten beitreten und fügen den Antrag diesem Brief bei. Der Jahresbeitrag ist bereits angewiesen. Unseren Wunsch, die „Lebenslinien“ zu abonnieren, habe ich auf dem Antrag vermerkt; Sie lassen uns dann wissen, wie die Bezahlung erfolgt.

Für Ihr freundliches Entgegenkommen herzlichen Dank.

**Mit freundlichen Grüßen, Inge Rauch**

Sehr geehrter Herr Theiss, vielen Dank für Ihren Brief und das anbei liegende Informationsmaterial. Es ist wirklich sehr freundlich von Ihnen, dass Sie auf meine Probleme eingehen und mir die für mich sehr aufschlussreichen Broschüren zukommen lassen. Diesen konnte ich eine Vielzahl für mich wichtiger Informationen entnehmen.

Auch werde ich mit meiner Ärztin ein klärendes Gespräch führen und hoffe, dass ich die für mich wichtigen Medikamente weiterhin auf Rezept verordnet bekomme. Anderenfalls werde ich Ihrem Rat folgen und einen anderen Arzt aufsuchen.

Derzeit habe ich keine Fragen mehr, aber vielleicht werde ich auf Ihr Angebot, ein ausführliches Telefongespräch zu führen, zu einem späteren Zeitpunkt zurückkommen.

**Mit freundlichen Grüßen, Beate Vogt**

**Wir freuen uns über jede Zuschrift. Sagen auch Sie uns Ihre Meinung und teilen Sie uns mit, was Sie bewegt. Selbstverständlich interessiert uns, wie Ihnen unsere Zeitung gefällt, denn sie wird für unsere Leser gemacht. Wir vertragen auch Kritik und freuen uns auf Ihre Anregungen.**

• Das Redaktionsteam

Schon von jeher zog mich die Südseite der Alpen in ihren Bann. Als Schüler entdeckte ich bei einem Nachbarn, Malermeister und Hobbymaler im Wohnzimmer ein kleines Bild mit einer zauberhaften Landschaft. Für den Süden so typische schlanke Zypressen umsäumen eine Uferlandschaft mit Gebäuden, ganz anders als in meiner ungarischen Heimat. Wir Kinder reisten mit unseren Eltern noch nicht um die Welt, unsere Welt war noch sehr eng und klein. Aber in diesem Bild ahnte ich, daß es auch anderswo schöne Landschaften gibt. Freilich konnte ich dieses zauberhafte Arkadien geographisch nicht einordnen, aber das Bild prägte sich mir fest ein: „Da möchte ich einmal hin!“

Nun, dieses Arkadien habe ich längst entdeckt und oft bereist, ich fand es am typischsten im Tessin, am Lago Maggiore.

An dessen Ufern und Inseln entdeckte ich das Eben-„Bild“. Seither zieht es mich fast jedes Jahr an. Um Palmen und Zypressen zu finden, muss der Reisende, der das südliche Flair liebt, also nicht an die italienischen Küsten, nach Ligurien, an die Riviera oder gar in die Toscana reisen. Er erreicht dieses Paradies in wenigen Stunden mit dem Auto, von Süddeutschland ist man in kaum mehr als in fünf Stunden im Schweizer Tessin. Auch ist die Nähe ein Grund mehr, gelegentlich für ein paar Tage spontan im „Ticino“ Pause zu mache. Hier findet man die Ruhe, die viele heute so vermissen. Dort herrscht nicht die erdrückende Enge eines adriatischen oder mallorquinischen Massenstrandes. Dort ist das Klima erträglich (auch wenn der Tessiner aus Erfahrung selten ohne Regenschirm das Haus verläßt).

Sei es nun an den Seen am südlichen Alpenrand wie dem Lago Maggiore oder dem Luganer See – man fühlt sich hier in eine Zeit und Epoche zurückversetzt, die den Anschluß an die heutige Urlaubs(un)kultur offensichtlich verpaßt hat. Aber das gerade macht den Reiz dieser Landschaft, seiner Uferstädte und der unverfälschten Natur mit seiner mediterranen Vegetation aus. Gleich

hinter ihren Ufern, nur wenige Kilometer entfernt, das Ursprüngliche, eingebettet in eine wildromantische Natur mit steilen Bergen, tiefen Schluchten, archaischen einsamen Dörfchen mit ihrer authentischen „Architektur

sanft aufsteigend der Talboden mit dem hier noch breiten Flußbett der Maggia. Es führt im Sommer nur wenig Wasser, die gerundeten Granitkugeln zeugen aber von der mächtigen Kraft des Wassers, das in Jahrtausenden diesen Steinen die

Kanten abschliff. Eine schöne Auswahl davon ziert jetzt den Garten zuhause.

Ganz hinten im Maggialtal wird es dann steiler, noch enger. Links zweigen zwei enge Täler ab, die zu einer ihnen ganz eigenen Welt führen. Da ist zunächst das Val Bavona mit wie Schwalbennestern an die Felsen geklebten winzigen Ansiedlungen. Eines seiner schönsten Ziele: Foroglio mit seinem tosenden Wasserfall. Hier auf der granitbewehrten Terrasse eines Grotto, (wie man die einfachen Gaststätten nennt), bei einem Boccalino mit „Merlot di Ticino“ und einem Formaggino

(Frischkäse mit Essig, Öl und Pfeffer) zu verweilen, ist einer der genußreichen Höhepunkte einer Fahrt durch dieses wilde Tal. Für Fotofreunde Motive ohne Ende im maleischen Dörfchen.

oder das Val Lavizzarra; nach vielen Windungen erreicht man auf 1600 m Höhe Bosco Gurin, dieser Besonderheit im Tessin. Denn hier spricht man noch ein mittelalterliches Deutsch, das wälsche Flüchtlinge einst hierher brachten, ebenso wie ihren typischen Baustil. Wie viele Tessiner Dörfer heute nur noch von älteren Menschen bewohnt, denn die Jungen finden Arbeit nur im Tal – oder sind längst ausgewandert.

Auf der Rückfahrt hinunter zum See muß man einfach mal zur wilden Maggia hinuntersteigen, einen der plattgeschliffenen Felstrümmen erklettern und der tosenden grünweißen Gischt zuschauen und zuhören. Vielleicht auch mal zaghaft den Fuß hineintauchen, lange hält man es doch nicht aus.

Eigentlich wollte ich ja mehr vom See und seinen Attraktionen erzählen. Aber die Täler ziehen einen nicht weniger an. Sie lohnen so manchen Tagesausflug. Kehren wir aber zurück an die Ufer des Lago Maggiore, des „Langensees“.



ohne Architekten“. Rustico nennt der Tessiner seine Granithäuser, sie wirken selbst wie die Felsen, die sie oft umgeben. Solche ehemaligen Einraumhäuser sind innen längst auf die heutigen Bedürfnisse der Bewohner oder Urlauber umgestaltet, früher waren sie Küche, Wohn-, Esszimmer und Schlafraum in einem. An einer Giebelseite ein großer wuchtiger Kamin mit Esse, der auch die „Zentralheizung“ war.

Vor Jahren waren viele noch verlassen und eingefallen, heute nach strengen Bestimmungen des Denkmal- und Landschaftsschutzes restauriert und wieder wohnlich hergerichtet. Oft liegen sie romantisch an einem rauschenden Bach, dahinter ein Weinberg oder Kastanienhain, davor eine Granit-Pergola mit Weinreben. Solche Dörfer mit geschlossenem Ortsbild – die Häuser stehen eng aneinandergedrängt – ziehen sich links und rechts der Täler mit ihren reißenden Flüssen hinauf.

### Täler mit einer ganz anderen Welt

Das Maggialtal, vom See her in wenigen Minuten gleich hinter Locarno beginnend, öffnet sich mit einer furiosen, tief ausgehöhlten Schlucht bei Ponte Brolla. Dann weiter

**A**scona: Am See wohl die Nobelste. Wie die Nachbarstadt Locarno auf dem Geröll erbaut, das die Maggia in Jahrtausenden hier zu einem weit in den See hinausgeschobenen Delta ebnete. Wir wohnen nahe der Promenade, mit Blick auf das Panorama dieser Stadt mit Noblesse und seiner typischen Silhouette, gleich unter uns hohe Palmen als weiterem südlichen Attribut. Früher voller Leben, heute eher beschaulich. Der Jetset ist längst in die Karibik, an die Côte d'Azur oder neuerdings eher nach Mallorca gezogen. Also ist man ganz unter sich, Ascona wird man kaum einmal „überfüllt“ bezeichnen können. Die meisten Touristen bummeln ein wenig durch die engen autofreien Gässchen mit Boutiquen, Galerien, feinen Restaurants und noblen Bars. Aber auch typische rustikale Grottos laden ein, z. B. zu einem Risotto mit Pilzen oder einem Kaninchen mit Polenta. Dann allerdings verschwinden die meisten Touristen auf eines der Schiffe der Seeflotte, um auf die Brissagoinsel, heute ein interessanter botanischer Garten, oder weiter südlich zu den italienischen Uferstädten wie Cannobio oder Luino zu entschwenden oder noch weiter nach Stresa und der berühmten Isola Bella.

Die Promenade von Ascona ist tagsüber eher verschlafen, nur wenige Gäste sitzen in den vielen Straßencafés bei einem Cappuccino, Espresso oder einem Mövenpick-Eis. Erst am Abend entfaltet sie ihren Charme. Man flaniert, läßt sich von einem der Straßenkünstler faszinieren oder bewundert die Ergebnisse eines Hobbymalerwettbewerbs z. B. mit Motiven, die das Städtchen genügend zu bieten hat. Im Juni kommen Jazzliebhaber voll auf ihre Kosten, sie können hier echten New Orleans-Jazz erleben. Im Spätsommer lädt Ascona dann zu Klassiktagen mit Konzerten in den Hotels und „open air“ ein.

Von der Promenade führt über steile Treppen, vorbei an schönen Villen und zauberhaften Gärten mit üppigem Oleander, der „Sentiero romano“, der Römerpfad hinauf an

die bewaldeten Hänge. Zu deren Zeiten gab es noch keine Uferstrassen. Hoch über dem See mit herrlicher Aussicht auf die Inseln, hinüber zum Monte Tamaro und den Gambarogno auf der östliche Uferseite, gelangt man bald zum Monte Verità, diesem Hügel der Weltverbesserer und Aussteiger vergangener Epochen und weiter nach Ronco, einem sehr lohnenden Ziel mit Panoramalage.

## Im Tal der grünen Wasser



Von der Magadinoebene am Nordufer des Lago Maggiore führt die Straße in steilen Serpentinaen hinauf, vorbei am Vigornostausee, ins „Aqua verde“-Tal, dem Tal der grünen Wasser. Es ist das Val Verzasca, nicht minder reizvoll als das Maggital. Gleich links hoch oben über dem Stausee ein Dorf am Steilhang mit den dunklen Granithäusern: Corippo. Geranien und Heckenrosen

malen bunte fotogene Tupfen an die tristen Steinmauern. Am besten das Auto unten am Fluß stehen lassen und die zehn Minuten zu Fuß hinaufgehen, Parkplätze hat es hier ohnedies nur wenige. Die Straße kreuzt den Wanderweg, der den Fluß hinauf bis an sein Ende bei Sonogno führt. Corippo ist ein Muß, von seinen Terrassen hat man einen Blick auf den Stausee und über seine Mauer hinaus in die Magadinoebene bei Tenero, ja bis hinüber zum Monte Cenero bei Lugano.



Dann gleich die nächste Attraktion: Lavertezzo. Links von der Kirche geht es hinunter zur berühmten Doppelbogen-Brücke aus dem Mittelalter. Das Motiv hat fast jeder schon einmal in einem Kalender gefunden. Von der Brücke springen mutige Jungen und Mädchen die zehn Meter hinunter in das smaragdgrüne Wasser, das sich vor

blankgeschliffenen, in verschiedensten Farben geäderten Felsen staut. Fotomotive satt. In Brione, ein Stück weiter flußaufwärts, sehenswert ein alazzo und die Kirche mit einem überlebensgroßen Christophorus-Fresko im Vorraum. Schließlich dann am Talende das malerische Sonogno, das aller-

dings gelegentlich von Touristenbussen regelrecht überfallen wird.

Unterwegs kaufen wir beim Bauern Ziegenkäse, einige Flaschen Merlot di Ticino, eine Bauernsalami, Butter und Kastanienhonig. Ohne Frage alles ökologisch erzeugt. Wobei wir beim Essen wären. Im Tessin serviert man neben den typischen einheimischen Gerichten wie Risotto, Polenta, Lamm mit Kräutern eher italienisch orientiertes Essen. Wir genießen es, ein Grund mehr, hierher zu kommen. Aber auch zuhause hat italienische Kost mit ihren Pastas, frischem Gemüse, viel Obst und wenig Fleisch längst unsere schwäbischen Spezialitäten verdrängt. Soll ja auch viel gesünder und bekömmlicher sein, wie man weiß! Für einen Teller Spaghetti mit Tomatensoße lasse ich jedes Schnitzel stehen. Ein typischer Käse, ein paar Scheiben Salami, Tomaten, Oliven als Abendbrot – was will man mehr?



**W**enn dem Leser das alles ein wenig zu schwärmerisch klingt – ich gebe gerne zu, daß ich für das Tessin schwärme. Ein Urlaubsziel, das aber gerade für unser-eins alles bietet: Die Nähe, Ruhe, Landschaften, Wärme, ein bekömmliche Essen, keine Massenansammlungen. Hier kann man die Seele baumeln lassen, zu sich kommen, sich dem Touristenrummel entziehen. Nicht ohne Grund sind im Tessin berühmte Dichter, Denker und Künstler hängen geblieben: Max Frisch, Alfred Andersch, Golo Mann – und nicht zuletzt Hermann Hesse, mein bevorzugter Dichter! • Josef Theiss

**P.S.: Wer gerne weitere Tipps haben möchte, darf sich gerne an mich wenden! Tel./Fax 07142/57902 Email: joseftheiss@t-online.de**

**Buchtipp: „Hermann Hesse – Tessin“ Suhrkamp-Taschenbuch (insel-Taschenbuch 1494, 1. Aufl. 93).**

# Wir danken...



## Bänker strampeln für unseren Verein!

Alle Jahre am 2. Oktoberwochenende treffen wir uns – immer am Wohnort von einem „ausgewählten“ Klassenkameraden. Eine bereits verschworene Gemeinschaft, die 1984 den Abschluss und die Qualifikation zur Bankleitung gemacht hat. Dieses Jahr war ich mit meiner Frau an der Reihe. Für eine Gruppe von 24 Personen (natürlich mit den Frauen) galt es, für das Wochenende ein Programm zu gestalten.

Nachdem ich aus den vergangenen Jahren die Erfahrung machen konnte, dass wir ein wenig zu viel Stadtführungen und einen

Überfluss an Kultur erlebten, dachte ich mir, dass es nicht schaden könnte, ein wenig mehr Bewegung ins Programm aufzunehmen. Nachdem wir doch eine zweistündige Stadtführung mit einem halbstündigen Orgelkonzert im Dom in Passau gemacht hatten (Passau darf man sich nicht entgehen lassen!), ging es nach dem

Mittagessen gleich ins Golfressort nach Bad Griesbach. Die größte Anlage seiner Art in Europa. Nach einem einstündigen Golfunterricht (für viele war das das erste Mal) ging es zur geplanten Fahrradtour vom Kloster Reichersberg nach Schärding, eine Strecke von 18 km.

Die Tour stand unter dem Motto „Fahrrad-Rennen“ zugunsten der Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e. V.. Wir hatten Glück! Das Wetter wurde gerade für die Dauer der Fahrt von etwa eineinhalb Stunden etwas besser – der Regen setzte aus. Also rauf auf die Drahtesel – und ab nach Schärding. Es war eine herrliche Fahrt entlang des Inns. Es ging eine lange Strecke

durch das Europa-Vogelschutzreservat. Alle kamen gut an – und zur rechten Zeit, da es langsam anfang, dunkel zu werden.

Danach fand man sich dann zu einem herrlichen Essen zusammen. Bei dieser Gelegenheit bedankte ich mich für die gezeigte Disziplin während des ganzen Tages und vor allem bei der Radtour. Unser Präsident rundete den Abend ab und überraschte mich dann mit dem Vorschlag, dass jeder Teilnehmer als privater Spender DM 50 an den Verein zahlen und ich den Betrag einziehen soll. Er persönlich ging dann noch mit einem guten Beispiel voran und erhöhte seinen Beitrag von 50 auf DM 250. Ein weiterer Teilnehmer war auch noch bereit, zusätzlich aus der Firma seiner Ehefrau einen Betrag von DM 250 zu spenden. Damit kamen insgesamt DM 1000 zusammen – den Betrag habe ich bereits an die Vereinskasse überwiesen.

Insgesamt war es ein gelungenes Treffen. Und zugleich konnten wir für den Verein eine schöne Summe einsammeln. Vielleicht kann ich den einen oder anderen ermutigen, ähnliches zu versuchen. Es gibt unterm Jahr viele Gelegenheiten – Geburtstagsfeiern, Familientreffen. Ich denke, jeder ist bereit, eine kleine Summe zu spenden – man muss sie nur ansprechen. • Gerhard Mühlberger

## ...für die Unterstützung unseres Vereines danken wir den folgenden Spendern und Sponsoren

### Pharmaindustrie:

- » Essex Pharma, München
- » Fresenius Hemo-Care, Bad Homburg
- » Hoffmann La Roche, Grenzach-Wyhlen
- » Novartis Pharma, Nürnberg
- » SmithKline Beecham, München

### Geförderte Projekte bzw. Veranstaltungen:

„Lebensqualität nach Ltx“; Lebertag Wuppertal; Betreuung von Wartepatienten; Schulung und Supervision für Ansprechpartner; Leberunde, Regionalgruppe Mainz

### Krankenkassen u. a.:

- » Förderpool aus See-Krankenkasse, IKK Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und Bundesknappschaft.
- » IKK Baden-Württ.
- » AOK Hohenlohekreis
- » Sparkasse Bruchsal-Bretten
- » Sparkasse Heidelberg

- » Volksbank Besigheim
- » Selbsthilfegruppentopf Hamburg
- » Landfrauenverein Hohebach
- » Landfrauenverein Bretten-Rinklingen
- » PD Dr. Siegfried Walker, Bietigheim-Bissingen
- » Dr. Hans-Ekkehardt Luther, Winnenden
- » Geburtstag Renate Schmidt, Bietigheim-Bissingen
- » Heike Wolf, Mainz

### Unseren Mitgliedern & Gönnern:

- » Julia Franke, Lautertal
- » Prof. H. Bausmann, Gau-Odernheim
- » Renate Fehrenbach, Weinheim
- » Ernst Eberle, Kohlberg
- » Horst Heim, Rot am See
- » Nicola Rupprecht, Schlammersdorf
- » 60. Geburtstag Josef Theiss, Bietigheim-Bissingen
- » Flohmarktteam Kontaktgruppe Ludwigsburg
- » Gedenken an Bernd Oelgarth

...und den vielen hier nicht genannten Mitgliedern.

# Impressum.....

## Lebenslinien

Information der  
Selbsthilfe Lebertransplantierte  
Deutschland e.V.  
Ausgabe 1-2000, Juni 2000

## Herausgeber:

Selbsthilfe Lebertransplantierte  
Deutschland e.V.  
Gemeinnütziger Verein, VR 2031  
Karlsbader Ring 28, 69782 Brühl  
Tel. (0 62 02) 70 26 13  
Fax (0 62 02) 70 26 14  
eMail: info@lebertransplantation.de  
**www.lebertransplantation.de**

## Bankverbindung:

Bezirkssparkasse Hockenheim  
BLZ 670 512 03  
Konto 6 602 494

## Redaktion:

Jutta Vieneusel (verantwortlich)  
Josef Theiss (Redaktionsleitung)  
Jutta Riemer

## Anzeigen:

Josef Theiss, Ernst-Heinkel-Str. 12  
74321 Bietigheim-Bissingen  
Telefon & Fax: (0 71 42) 5 79 02  
joseftheiss@t-online.de

## Gestaltung:

aufbau süd \_ Visuelle Kommunikation,  
70176 Stuttgart; s.theiss@fastmail.de

## Druck:

J. F. Steinkopf Druck GmbH  
70178 Stuttgart

## Erscheinungsweise:

halbjährlich, Auflage 4.000 Expl.

Alle Rechte bleiben nach den gesetzlichen  
Bestimmungen bei den Autoren.  
Gezeichnete Beiträge geben nicht  
unbedingt die Meinung der Redaktion  
wieder. Die Zeitschrift und alle in ihr  
enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich  
geschützt. Abdrucke bedürfen der  
ausdrücklichen Genehmigung.

## Termine 2. HJ 2000

**7. Oktober** Regionalgruppentreffen

Hannover

**20.-22. Oktober** Wochenende der Begegnung Bad

Sachsa

**26.-28. Oktober** Jahrestagung der Deutschen

Transplantations-Gesellschaft

Regensburg (Vorstand)

**11.-12. November** Ansprechpartner-Seminar

Bildungshaus Kloster Schöntal

 **Selbsthilfe  
Lebertransplantierte  
Deutschland e.V.**

## ...wie werde ich Mitglied?



- Mitglied.....** kann jede/r Betroffene werden, aber auch dessen Angehörige. Familienmitgliedschaften sind möglich, Fördermitglieder natürlich willkommen.
- Der Jahresbeitrag...** beträgt DM 75,- für eine Person (Betroffener). Für eine Familienmitgliedschaft (Betroffener und ein/e Angehörige/r) DM 100,-. Weitere Familienmitglieder bezahlen je DM 50,-/Person. Fördermitglieder bezahlen mind. DM 75,-
- Spenden.....** zur Finanzierung der vielfältigen Aufgaben sind immer willkommen. Konto-Nummer 6 602 494 bei der Bezirkssparkasse Hockenheim, BLZ 670 512 03. Spendenquittung: Bis 100,- DM gilt die Überweisung, darüber Spendenquittung auf Wunsch durch den Verein

bitte hier abtrennen oder kopieren

**Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V.** · Karlsbader Ring 28 · 68782 Brühl

## Beitrittserklärung:

Name/Vorname	Geb.Dat.	Beruf
Straße	PLZ/Wohnort	Telefon Fax
Grunderkrankung	Transplantiert in	am
<input type="checkbox"/> <b>Einzelmitgliedschaft/Betroffener</b> Jahresbeitrag DM 75,-		
<input type="checkbox"/> <b>Familienmitgliedschaft</b> (Betroffener und ein/e Angehörige/r) Jahresbeitrag DM 100,-		
Angehörige/r: Name/ Vorname	Geb.Dat.	Anschrift
<input type="checkbox"/> <b>Familienmitgliedschaft</b> (weitere Familienangehörige) Jahresbeitrag DM 50,-/Person (Name und Anschrift bitte gesondert mitteilen)		
<input type="checkbox"/> <b>Fördermitgliedschaft</b> Beitrag/Spende DM...../Jahr (mind. DM 75,-)		
<input type="checkbox"/> Ich/wir überweise/n den Jahresbeitrag sofort und künftig immer am Jahresbeginn auf das Vereinskonto (s.o.)		
<input type="checkbox"/> Ich bin mit jährlichem Bankeinzug einverstanden		
Konto Nr.	BLZ	Bank
Ort, Datum	Unterschrift Betroffener	Unterschrift Angehörige/r

# Adressen.....

## Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V.

Karlsbader Ring 28, 68782 Brühl, Tel. (06202) 70 26-13, Fax -14

eMail: [info@lebertransplantation.de](mailto:info@lebertransplantation.de), [www.lebertransplantation.de](http://www.lebertransplantation.de)

## DER VORSTAND.....



» **Vorsitzende**  
» **Jutta Vierendeusel**

Karlsbader Ring 28, 68782 Brühl  
Tel. (06202) 7026-13, Fax -14,  
[info@lebertransplantation.de](mailto:info@lebertransplantation.de)



» **Stellvertretende Vorsitzende**  
» **Jutta Alders**

Worringer Str. 43, 42119 Wuppertal  
Tel. (0202) 42 15 65, Fax 9 42 28 58  
[Jutta.Alders@t-online.de](mailto:Jutta.Alders@t-online.de)



» **Kassierer**  
» **Jürgen Scheurer**

Kraichbachstr. 5, 68766 Hockenheim  
Tel. & Fax (06205) 144 88  
[JuergScheurer@aol.com](mailto:JuergScheurer@aol.com)



» **Schriftführer**  
» **Gerhard Heigoldt**

Am Kocherberg 56, 74670 Forchtenberg  
Tel. & Fax (07947) 77 59  
[gkheigoldt@t-online.de](mailto:gkheigoldt@t-online.de)



» **1. Beisitzerin**  
» **Jutta Riemer**

Maiblumenstr. 12, 74626 Bretzfeld  
Tel. (07946) 94 01 -87, Fax -86



» **2. Beisitzer**  
» **Werner Pollakowski**

Birkengrund 1, 38226 Salzgitter  
Tel./Fax (05341) 4 60 01



» **3. Beisitzer**  
» **Heinz Reiter**

Drosselweg 31, 67227 Frankenthal  
Tel. (06233) 6 19 22, Fax 36 62 86  
[heinzreiter@t-online.de](mailto:heinzreiter@t-online.de)

» **Beratendes Vorstandsmitglied**  
» **Josef Theiss**

Ernst-Heinkel-Str. 12 74321 Bietigheim-Bissingen  
Tel./Fax (07142) 5 79 02  
[joseftheiss@t-online.de](mailto:joseftheiss@t-online.de)

» **Beratendes Vorstandsmitglied**  
» **Ulrich Kraus**

Josef-Bechold-Str. 10, 97299 Zell am Main  
Tel. (0931) 461875, Fax 36 62 86  
[ulikraus@mayn.de](mailto:ulikraus@mayn.de)



**Selbsthilfe Lebertransplantierter  
Deutschland e.V.**

Karlsbader Ring 28

68782 Brühl

# ANSPRECHPARTNER.....

» Bitte wenden Sie sich an einen der nachstehend genannten Ansprechpartner in Ihrer Nähe, wenn Sie persönlichen Kontakt suchen.

## »Hamburg/Schleswig Holstein.....

Hamburg Manfred Bantz, Tel./Fax (040) 6 30 14 95,  
Manfred.Bantz@t-online.de

## »Niedersachsen.....

Niedersachsen West Barbara Backer, Tel (04954) 99 45 68  
Hannover Werner Pollakowski, Tel (05341) 4 60 01  
Göttingen/Kassel Nicola Zimmermann, Tel (0551) 7 70 13 40

## »Berlin/Brandenburg.....

Berlin Renate Havé, Tel. (030) 8 01 46 71  
Wolfram Maaß, Tel. (030) 4 40 63 02,  
wolfram.maass@rz.hu-berlin.de  
Jürgen Busse, Tel. (030) 33 77 11 04  
Henningsdorf Siegfried Maaß, Tel. (03302) 22 13 50

## »Mecklenburg-Vorpommern.....

Schwerin Ilona Freitag, Tel/Fax (038788) 5 02 63

## »Sachsen-Anhalt.....

Magdeburg Heidrun vom Baur, Tel (0531) 61 00 12

## »Sachsen.....

Leipzig Roland Schier, Tel (0341) 6 51 54 27

## »Nordrhein-Westfalen.....

Münsterland/Ruhrgeb. Nord Klaus Trinter, Tel (02367) 16 45, Fax 93 42,  
Klaus.Trinter@gmx.de  
Ostwestfalen Wilma Potthoff, Tel (05242) 40 17 94, Fax 40 92 01,  
W.Potthoff@garant-moebel.de  
Ruhrgebiet Süd Heidi Klug, Tel (02051) 2 36 37  
Ruhrgeb./Niederrhein Bärbel Wallmeier, Tel. (0203) 72 54 08,  
baerbel.wallmeie@cityweb.de  
Wuppertal/Düsseldorf Jutta Alders, Tel (0202) 42 15 65, Fax 9 42 28 58,  
Jutta.Alders@t-online.de  
Bergisches Land Sigrun Wittkowski Tel (02191) 5 52 13  
Sauerland/Nörtl. Siegerland Birgit Schwenke, Tel (02195) 6 92 31,  
BS.Schwenke@t-online.de  
Köln Fernando Cabete, Tel (02174) 78 00 74 od.  
(0173) 2 72 35 93, Fcabete@aol.com  
Bonn Sigrid Müller, Tel/Fax (02645) 23 84

## »Rheinland-Pfalz.....

Mainz Helmut Beckmann, Tel (06131) 5 27 15, Fax 57 40 13,  
Helmut-Beckmann@t-online.de  
Westerwald-Rhein/Lahn Mariele Höhn, Tel (02602) 8 12 55  
Gabriele Raab, Tel (06432) 8 33 89  
Frankenthal Heinz Reiter, Tel (06233) 6 19 22, Fax 36 62 86

## »Hessen.....

Frankfurt/Main Ruth Urbainczyk, Tel (06195) 90 02 21  
Südhessen Julia Franke, Tel (06251) 3 99 91  
Nordhessen Andreas Weider, Tel (0661) 5 69 19

## »Saarland.....

St. Ingbert Peter Niedner, Tel (06894) 5 24 24, Fax 58 19 19

## »Baden-Württemberg.....

Heidelberg Wolfgang Bier, Tel (06202) 1 53 33,  
101.217707@germany.net.de  
Karlsruhe Heidi Herzog, Tel/Fax (07252) 97 58 31  
Heilbronn Gerda Schieferdecker, Tel (07133) 96 47 -47, Fax -48  
GSchieferdecker@t-online.de  
Hohenlohe Jutta Riemer, Tel (07946) 94 01-87, Fax -86  
Ludwigsburg Josef Theiss, Tel/Fax (07142) 5 79 02  
joseftheiss@t-online.de  
Stuttgart Elli Rapp, Tel (0711) 2 86 84 85  
Tübingen Guenther Lehnen, Tel (07157) 43 54

## »Baden-Württemberg.....

Esslingen Rosemarie Weiß, Tel (0711) 37 27 37  
Waiblingen Hildegard Killet, Tel (07191) 5 30 93  
Nürtingen (Altkreis) Irmgard Klein, Tel (07021) 48 39 56  
Aalen Petra Barth, Tel (07171) 8 31 19  
Ulm Andrea Schilling, Tel (07307) 95 15 05,  
a.u.w.schilling@t-online.de  
Bodensee Maren u. Jürgen Otten, Tel (07544) 7 17 75,  
Fax (07544) 74 11 56, j.u.m.otten@t-online.de  
Freiburg Marita Zielke, Tel (07664) 9 52 13  
Monika Meyer, Tel/Fax (07621) 4 68 44

## »Bayern.....

München Alfred-Josef Truger, Tel/Fax (089) 48 72 97  
Bayreuth Nicola Rupprecht, Tel (09205) 14 20  
Erlangen/Nürnberg Jürgen Glaser, Tel (09171) 89 83 58  
Birgit Binder, Tel (09127) 5 71 69  
Würzburg Ulrich Kraus, Tel (0931) 46 18 75, ulikraus@mayn.de  
Niederbayern Gerhard Mühlberger, Tel (08503) 12 52, Fax 92 21 21,  
Gerhardjun@aol.com

## » Kontaktgruppe für Hinterbliebene

Roswitha Knittel & Bernd Müller, Tel. (07903) 94 12 38

## » Weitere Ansprechpartner nennen wir Ihnen gerne

nördlich der Mainlinie Jutta Alders, Tel. (0202) 42 15 65,  
Fax (0202) 9 42 28 58  
Jutta.Alders@t-online.de  
südlich der Mainlinie Josef Theiss, Tel/Fax (07142) 5 79 02  
joseftheiss@t-online.de

# FACHBEIRÄTE.....

## »Ärztlicher Fachbeirat

Prof. Dr. med. E. Klar, Chir. Universitätsklinik Heidelberg, Transplantations-Zentrum  
Prof. Dr. med. G. Otto, Universitätsklinik Mainz, Transplantations-Zentrum  
Prof. Dr. med. P. Fröhmann, Klinikum Ludwigsburg, Gastroent./Hepatologie  
Prof. Dr. med. K. P. Maier, Städt. Kliniken Esslingen am N., Gastroenterologie  
Prof. Dr. med. U. Leuschner, J. W. Goethe Universität Frankfurt/M., Med. Klinik II  
Prof. Dr. med. R. Ringe, Georg August Universität Göttingen, Zentrum Chirurgie  
Prof. Dr. med. M. P. Manns, Med. Hochschule Hannover, Gastroent./Hepatologie  
PD Dr. med. K. Böker, Medizinische Hochschule Hannover, Hepatologie  
Prof. Dr. med. N. Senninger, Universität Münster, Klinik für Allgemeine Chirurgie  
Prof. Dr. med. J. Hauss, Klinikum der Universität Leipzig, Zentrum Chirurgie  
Prof. Dr. med. W. Stremmel, Med. Klinik d. Universität Heidelberg, Hepatologie

## »Pflege Lebertransplantierter

Dieter Eipl, Chir. Universitätsklinik Heidelberg, Transplantations-Zentrum Station 3B

## »Rehabilitation

Dr. med. R. Doßmann, Klinik Taubertal (BfA), Bad Mergentheim

## »Psychologie

Dipl. Psychologin S. Storkebaum, Klinikum Rechts der Isar, München

## »Soziales

Uli Westhäuser, Dipl. Sozialarb. (FH), Heilbronn

## »Juristischer Beirat

Elke Rampfl-Platte, RA, München

## »Geistlicher Beirat

Pfarrerinnen Barbara Roßner, Pastoralpsychologin, (06221) 48 46 78  
Pfarrer Horst Tritz, Kath. Klinikseelsorge Chir. HD, (06221) 56 65 98, Piepser 65988 (o.ü. Zentrale)