

LEBENS LINIEN

 Selbsthilfe
Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

1/2005



Inhalt

(K)ein Weg aus dem Organmangel: Leber-Lebendspende?	2
Leber-Lebendspende	3
Stellungnahme zu Fragen der Enquête-Kommission	4
Leber-Lebendspende aus der Sicht einer Spenderin	7
Die Geschichte des kleinen Jenik	9

TRANSPLANTATIONS-MEDIZIN

Das Porträt: Lebertransplantations-Zentrum Regensburg	10
Vergiftung mit Knollenblätterpilzen	11
Naturheilverfahren nach Lebertransplantation?	13
Aus Wissenschaft und Forschung:	
Basalzellkarzinom nach Transplantation	15
Kortikosteroidbehandlung von PSC	15
Faltblattreihe für Patienten vor und nach Lebertransplantation	16
Lebertransplantationen in mittelfristiger Perspektive	17

HEPATOLOGIE

Störungen der Lungendurchblutung als Risiko für die Lebertransplantation	18
Lebertransplantation beim hepatozellulären Karzinom (HCC)	20
Primär sklerosierende Cholangitis	22
Therapie der chronischen Hepatitis B	24

TRANSPLANTATIONSGESETZ – ORGANSPENDE

Zentralveranstaltung am Tag der Organspende 2004 in Bamberg	26
Das große Ziel: „Jeder ist bereit, jeder macht mit, allen wird geholfen“	28
Wo, bitte, gibt es einen Organspendeausweis?	29
Organspende: Kein Grund zur Entwarnung	30
Einstellung der Bevölkerung zur Organspende	31
Organspende und Transplantation: Häufig verbreitete Irrtümer	31
Die CDU/CSU-Spitze macht sich stark für Organspende	32
2. Tagung der Transplantationsbeauftragten der Region Mitte	33
Danke für mein neues Organ	34
Organspende, Transplantation, Organhandel – Leben retten um jeden Preis?	35

GESUNDHEIT – RECHT – SOZIALES

Patientenbeteiligung – neue Entwicklungen	36
In die private Krankenversicherung trotz Lebertransplantation?	37
Schwerbehindertenrecht: Neue Anhaltspunkte für die Gutachtertätigkeit	38
Gedenken	39

GEIST – KÖRPER – SEELE

Die Kraft, die aus uns selber kommt	40
Heilen beginnt mit Zuhören – Besprechung eines Buches von Bernard Lown	42
10 Jahre Leben mit einem gespendeten Organ – 10 Jahre geschenktes Leben	44
Kontaktgruppe Ludwigsburg feierte 10-jähriges Bestehen	45

ERNÄHRUNG

Wildfleisch: Die gesunde Delikatesse	46
Rezepte	47

VEREINSGESCHEHEN

Resümee Öffentlichkeitsarbeit für den Tag der Organspende	48
Arzt-Patienten-Seminar in Tübingen	49
Wartepatiententreffen in Mecklenburg-Vorpommern	50
Arzt-Patienten-Seminar „Virushepatitis“	51
Regionalgruppe Münster: 1. Gruppentreffen in Ibbenbüren	51
Organspendewerbung in der Südheide	52
Infostand beim Würzburger Gesundheitstag	52
Transplantierte und Lebendspender bei der Bayern-3-Radltour	53
Arzt-Patienten-Seminar an der Freiburger Uniklinik	54

VERMISCHTES

Buchbesprechungen: Prof. Dietrich H. W. Grönemeyer: „Mensch bleiben“	55
Kirsten Steineckert: „... und jeden Morgen weckt mich die Taube“	56
Das neue Auto stellt sich vor	56
Termine – Mitgliedsantrag	57
Adressen Verein – Vorstand	58
Adressen Fachbeiräte – Dank an unsere Sponsoren – Impressum	59
Nach Redaktionsschluss	60
Ansprechpartner	U3



Liebe Leserinnen und Leser,

als Mitglied unseres Vereins erhalten Sie jeweils zwei Exemplare unserer Patientenzeitschrift „Lebenslinien“ zugesandt. Ein Exemplar ist für Sie bestimmt, das **zweite Heft** ist für Ihren Hausarzt gedacht. Denn so mancher Hausarzt liest unsere Zeitung gerne und erhält hier zusätzliche Informationen zur Transplantationsmedizin und Betreuung seiner Transplantationspatienten. Das zweite Exemplar eignet sich dieses Mal auch **für Ihre Apotheke** mit besonderem Hinweis auf die Seite 29. Ein Vorschlag: Bringen Sie ein Heft – am besten zusammen mit Organspendeausweisen – in Ihre Apotheke. Organspendeausweise und passende Aufsteller erhalten Sie kostenlos unter Telefon 0800 90 40 400. Falls Sie ein weiteres Exemplar der „Lebenslinien“ haben möchten, können Sie dieses als Mitglied bei unserem Schriftführer Herrn Gerhard Heigoldt anfordern.

Der Organmangel hat dazu geführt, dass die Anzahl der durchgeführten **Leber-Lebendspenden** in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Aus diesem Grund hat das Redaktionsteam dieses Thema im Leitartikelbereich unter verschiedenen Aspekten aufgegriffen. Mit der Lebendspende beschäftigen sich nicht nur Mediziner, Patienten und Angehörige, sondern sie ist eingebettet in die notwendige ethische und politische Diskussion.

Es gilt nach wie vor, das Transplantationsgesetz im Hinblick auf die Aufklärung der Bevölkerung und die Spendermeldungen der Krankenhäuser energisch umzusetzen. Dabei soll erreicht werden, dass sich die Menschen flächendeckend mit dem Thema auseinandersetzen und ihre Entscheidung zur Organspende fällen. Weiterhin muss es zu einem Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses werden, wenn dort Organentnahmen stattfinden. Die Vorstellungen der CDU/CSU-Spitze dazu lesen Sie in diesem Heft. Welches Mittel hier nicht zur Anwendung kommen soll, macht Bundeskanzler Gerhard Schröder deutlich: Im Rahmen einer Sitzung der Enquêtekommission Ethik und Recht der modernen Medizin sprach sich Schröder gegen einen finanziellen Anreiz für Organspende aus. Dies ist ganz im Sinne unseres Verbandes (s. Stellungnahme LL 2/2003). Er könne sich auch vorstellen, dass der Wille zum Thema Organspende auf der 2006 erscheinenden Krankenkassenchipkarte vermerkt würde.

Inzwischen ist die Rücksendung der Fragebögen der Umfrage zur beruflichen **Reintegration nach Lebertransplantation** abgeschlossen. Viele transplantierte Mitpatienten haben sich die Zeit genommen und den ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt. Nur wenn sich genügend Patienten an wissenschaftlichen Projekten beteiligen, können Erkenntnisse gewonnen werden, die den Patienten wieder zugute kommen. Über die Ergebnisse werden Sie so bald als möglich informiert. Im Namen aller Patienten herzlichen Dank an die Teilnehmer.

Den Leserinnen und Lesern wünsche ich für das Jahr 2005 Gesundheit, Zufriedenheit und die Kraft, auch schwierige Situationen mit Mut zu meistern.

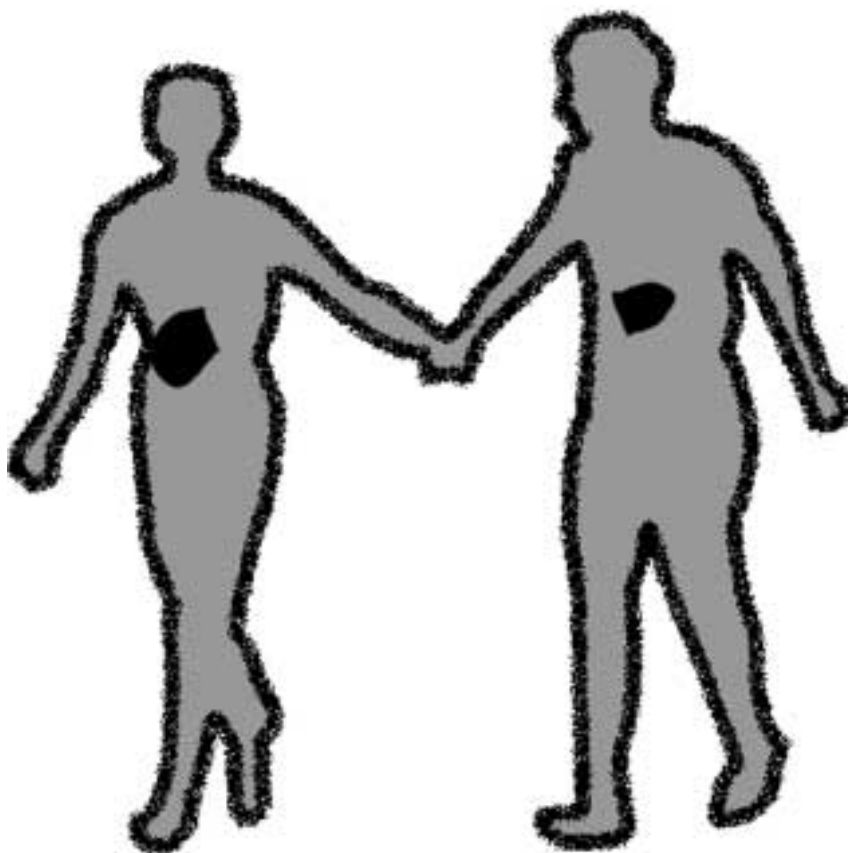
Julia Prieur

(K)ein Weg aus dem Organmangel: Leber-Lebendspende?

Der Anteil der Leber-Lebendspenden an der Gesamtzahl der Lebertransplantationen in Deutschland ist in den vergangenen Jahren drastisch angestiegen. Waren es im Jahre 1996 noch 1,4 %, erreichte die Zahl 1998 schon 3,5 % und 2003 7,4 %. Während zu Beginn der Entwicklung der Lebendspende vor allen Dingen junge Kinder Teillebern ihrer Eltern empfangen, weitete sich die Teil-Leberlebendspende in den letzten Jahren stark auf den Erwachsenenbereich aus. Trotz dieser Zunahme ist die Lebendspende sicher kein Königsweg aus dem Organmangel, sondern nur für wenige Patienten in bestimmten Situationen eine gute Therapieoption.

Auch im Transplantationsgesetz wird auf die Nachrangigkeit der Lebendspende gegenüber der postmortalen Spende verwiesen. Die oben erwähnte Aufwärtstendenz ist zum einen auf die Weiterentwicklung diagnostischer und operationstechnischer Möglichkeiten zurückzuführen, vor allen Dingen aber vor dem Hintergrund des in Deutschland immer noch eklatanten Organmangels zu sehen. Die Anzahl der telefonischen und schriftlichen Anfragen beim Vorstand und den Ansprechpartnern unserer Selbsthilfe bezüglich der Besonderheiten und Probleme der Lebendspende hat in den letzten Jahren entsprechend zugenommen. Es zeigt sich hier, dass potenzielle Empfänger, Spender und auch deren Familienangehörige oftmals Informations- und Gesprächsbedarf über die Angebote der Kliniken hinaus haben.

Ist die Transplantationsmedizin an sich für Patienten ein teilweise unbekannter, mit ganz besonderer Problematik behafteter, medizinischer Bereich, trifft dies besonders für eine mögliche Transplantation nach Leber-Lebendspende zu, da diese Therapie nicht nur die eigene Person, sondern auch das körperliche und seelische Wohlergehen eines Familienmitglieds, Partners oder Freundes betrifft. Es müssen Fragen entschieden werden, wie z.B.: „Darf ich es zulassen, dass ein ande-



rer Mensch sich einem Risiko aussetzt, damit ich überlebe? Wie hoch ist dieses Risiko? Wie würde ich es verkraften, wenn mein Spender dauerhaft Schaden oder sogar den Tod erleiden würde? Darf ich jemanden direkt auf eine Spende ansprechen?“ – oder im Falle des Spenders: „Bin ich zu dieser Hilfe verpflichtet? Kann der Arzt dagegen sein, wenn ich bereit bin zu spenden? Kann ich ein NEIN gegenüber mir oder dem Empfänger verantworten? – Ein JA gegenüber meinen Kindern, Ehepartner usw.“

Die Patienten und potenziellen Spender müssen sich mit ethischen, medizinischen und sozialen Fragestellungen auseinander setzen, die sich aus der Therapie ergeben, von der sie selbst bzw. ein Mitmensch profitieren sollen. Die Beteiligten können die Lösung dieser Fragestellungen nicht automatisch an die Ärzteschaft, die Geistlichkeit oder Rechtsprechung abgeben.

Nur über alle Aspekte der Teilleber-Lebendspende gut informierte potenzielle Spender und Empfänger können letztendlich eine stabile Entscheidung für die Spende bzw. Annahme derselben treffen. Dies war der Redaktion Grund genug, medizinische Information, aber auch Patientenberichte und Auszüge aus einer Stellungnahme der Selbsthilfe zu einem Themenschwerpunkt „Teilleber-Lebendspende“ in dieser Ausgabe der „Lebenslinien“ im Leitartikelbereich voranzustellen.

Jutta Riemer

Leber-Lebendspende

Schon seit langer Zeit übertrifft die Zahl der für eine Transplantation benötigten Organe die Zahl der gespendeten Organe erheblich. Immer wieder versterben daher Wartepatienten vor der geplanten Transplantation.

Eine Möglichkeit, dieses Problem zu verringern, ist die Spende eines Teils der Leber eines gesunden Erwachsenen. Die erste erfolgreiche Leber-Lebendtransplantation zwischen Erwachsenen als Spender und Empfänger wurde 1989 durchgeführt. Diese schwierige Operation wurde erst in den letzten Jahren häufiger vorgenommen. Eine Lebendspende ist bei akutem Leberversagen, begrenzten Tumorerkrankungen der Leber und im Endstadium von chronischen Lebererkrankungen sinnvoll. Kindern wird vor allem der kleinere, linkslaterale Leberlappen gespendet; Erwachsene erhalten den größeren, rechten Leberlappen (etwa 60% der Leber des Spenders).

Gesetzliche Voraussetzungen für Lebendspende

Die Voraussetzung für eine Lebendspende ist nach dem Transplantationsgesetz eine enge emotionale Bindung zwischen Spender und Empfänger. Spender und Empfänger müssen aber genetisch nicht verwandt sein. Die Spende muss freiwillig sein. Eine Spende gegen Geld o.ä. wäre Organhandel und strafbar. Die Spender müssen volljährig sein.

Auch Patienten, für die eine Leber-Lebendspende geplant ist, müssen auf die allgemeine Warteliste bei Eurotransplant aufgenommen werden. Denn die Leber-Lebendspende darf nur durchgeführt werden, wenn kein Organ eines verstorbenen Spenders verfügbar ist.

Medizinische Voraussetzungen für Lebendspende

Die wichtigste Voraussetzung ist die Verträglichkeit der Blutgruppen. Der Rhesusfaktor spielt keine Rolle. Eine weitere medizinische Voraussetzung für eine Lebendspende ist die völlige Gesundheit des Spenders. Die Spender dürfen nicht mit Hepatitis B, C oder HIV infiziert sein. Sie sollen psychisch stabil und nicht älter als 60 Jahre alt sein.

Auch beim Empfänger gibt es medizinische Voraussetzungen: So muss der Allgemeinzustand eine Transplantation erlauben; es darf kein fortgeschrittenes Tumorerleiden vorliegen. Sehr wichtig ist die

Lebergröße. Mit der verfügbaren Lebermasse müssen nach der Transplantation sowohl Spender wie auch Empfänger leben können.

Auch wenn alle oben genannten Faktoren für eine Leber-Lebendspende sprechen, kann es vorkommen, dass diese nicht durchgeführt werden kann, z.B. weil die Leber des Spenders ungewöhnlich gewachsen ist und daher nicht geteilt werden kann. Bis zu 60% der spendewilligen Angehörigen müssen von einer Spende ausgeschlossen werden.

Die Leber-Lebendspende ist möglich, weil sowohl der rechte wie auch der linke Leberlappen einen eigenständigen arteriellen und portalvenösen Zufluss bzw. venösen Abfluss besitzen und einen unabhängigen Gallengangsabfluss. Hierdurch kann man sämtliche für eine Leberseite notwendigen Zu- und Abflussbahnen erhalten (oder wieder anschließen).

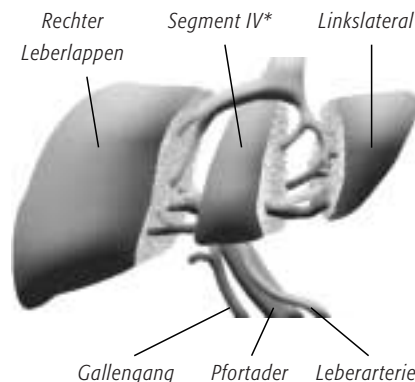
Die hohe Regenerationsfähigkeit und die große Funktionsreserve der Leber befähigen die im Spender verbliebenen Segmente wie auch die transplantierten Organteile zur sofortigen Übernahme der gesamten Leberfunktion. Beide Teile wachsen in einigen Wochen zur vollständigen Größe nach.

Vorteile einer Lebendspende sind:

- Der Zeitpunkt der Transplantation kann gewählt werden.
- Die Zeit, in der die Leber nicht durchblutet wird, kann sehr kurz gehalten werden.
- Die Qualität des Spenderorgans kann durch sorgfältige Voruntersuchung besser bestimmt werden.
- Der Operationszeitpunkt kann meist so gewählt werden, dass im Krankenhaus optimale Operationsbedingungen herrschen.

Durchführung der Lebendspende

Vor einer Lebendspende müssen Spender und Empfänger sich der zuständigen Ethik-Kommission vorstellen, die in der Regel einen eigenen, vom Transplantationsteam unabhängigen Psychologen stellt. Dieser muss bestätigen, dass kein Druck auf den Spender ausgeübt wurde und dieser ausschließlich aus Gefühlen der Hilfsbereitschaft und persönlichen Verbundenheit heraus zur Spende bereit ist. Spender und Empfänger werden dann stationär in das Krankenhaus aufgenommen. In umfangreichen Untersuchungen werden alle medizinisch wichtigen Daten abgeklärt. Häufig wird



* Segment IV und Linkslateral = linker Leberlappen

den Spendern vorgeschlagen, zur Sicherheit eine Eigenblutspende durchzuführen, die allerdings meist nicht benötigt wird.

Die Entnahme der Teilleber ist ein großer Eingriff. Wie jede Operation birgt sie Risiken: So kann es bei etwa 20% der Spendern zu Komplikationen (z.B. Verletzungen der Gallengänge, Narbenbrüche, Verwachsungen) kommen, von denen ein Viertel längerfristige Probleme bereiten. Die Sterblichkeitsrate für Spenderoperationen liegt bei 1–2%.

Die Entscheidung zu einer Lebendspende sollte daher sehr genau überlegt und nur im dringendsten Notfall vorgenommen werden. Im Regelfall jedoch kann der Spender das Krankenhaus nach etwa zehn Tagen verlassen und ist meist nach etwa sechs Wochen wieder arbeitsfähig: Nach wenigen Wochen oder Monaten wächst die Leber wieder zu ihrer ursprünglichen Größe.

Für die Transplantierten sind die Erfahrungen mit der Lebendspende gut. Auch bei ihnen wächst das Organ wieder zur ursprünglichen Größe heran.

Soziale Absicherung

Die Operationskosten des Spenders werden von der Krankenkasse des Empfängers getragen. Es empfiehlt sich jedoch, zur Sicherheit eine Bestätigung einzuholen. Dies gilt auch für Lohnausfall. Bestehende Berufsunfähigkeits- oder Lebensversicherungen werden im Regelfall, wenn erforderlich, Leistungen erbringen. Allerdings sollte die Spende vorher dort angemeldet werden. Eine Risikoversicherung für den Spender gibt es bisher nicht. Nur wenn es auf dem Weg vom Wohnort zur Operation im Krankenhaus (oder zurück) zu einem Unfall des Spenders kommt, tritt die gesetzliche Unfallversicherung ein.

Peter Mohr/Ulrich Kraus
Mit freundlicher Unterstützung von
Frau Dr. Martina Sterneck, UKE Hamburg

Wir melden uns zu Wort:

Stellungnahme zu Fragen der Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“

Die Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat, wie in „Lebenslinien“ 1/2004 kurz berichtet, in der 15. Wahlperiode des Deutschen Bundestages am 1. März 2004 eine Expertenanhörung zum Thema Organlebendspende durchgeführt. Als Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V. haben wir Verständnis dafür, dass der Kreis der in einem solchen Rahmen Angehörten begrenzt sein muss. In einem Themenbereich wie diesem, der existenziell Patienteninteressen berührt, hätten diesem Kreis jedoch aus unserer Sicht Patientenvertreter unbedingt angehören müssen. Diese Kritik brachten wir gegenüber der Kommission vor. Die Enquête-Kommission forderte uns daraufhin zu einer nachträglichen Stellungnahme auf. Einen Auszug aus dieser, unserer Stellungnahme möchten wir Ihnen – unseren Mitgliedern und Lesern – zur Kenntnis bringen. Die gesamte Stellungnahme können sie unter www.lebertransplantation.de/pdf/04_Ethik_Lebendsp.pdf nachlesen. Bei der Beantwortung der 45 Fragen der Kommission haben wir uns als Vertreter von Patienten/innen vor und nach Lebertransplantation im Wesentlichen auf die Aspekte beschränkt, welche die Teilleber-Lebendspende betreffen.

Jutta Riemer

Warum hat die Anzahl von Lebendspenden im letzten Jahrzehnt stark zugenommen?

Im Bereich der Lebertransplantation wurden die Voraussetzungen für eine Lebendspende erst im Laufe der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts durch die Entwicklung von Operationstechniken zur Leberteileilung geschaffen. 1989 führte Broelsch in Chicago erstmals Leberteiltransplantationen vom lebenden Spender durch.

Noch vor wenigen Jahren war die Technik medizinisch und ethisch umstritten. Es wurde der Vorwurf erhoben, man habe sie ohne genaue Evaluation der Risiken viel zu schnell etabliert (Cronin, Millis und Siegler in: New England Journal of Medicine 2001, S. 1633 ff).

Erst in den letzten Jahren häufen sich die wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die eine umfangreichere Bewertung der Risiken für Spender und Empfänger sowie zuverlässigere Verfahren zur Vermeidung spezifischer Risiken zum Gegenstand haben. Die zunehmende Erfahrung mit der Methode führt nun dazu, dass sie von einer zunehmenden Zahl von Transplanteuren als Alternative gesehen wird.

Für die Patienten/innen, die ohne Transplantation meist unmittelbar vom Tode bedroht sind, ist diese Alternative selbstverständlich von großer Bedeutung. Der Grund hierfür erschließt sich angesichts

der Entwicklung der Patientenzahlen: 1993 wurden in Deutschland insgesamt 590 Lebertransplantationen durchgeführt, 1997 waren es 762, im Jahre 2002 schließlich 756 (ob der erfreuliche Anstieg der postmortalen Leberspenden 2003 sich in Zukunft fortsetzt oder nur vorübergehend ist, muss sich erst noch erweisen). Gleichzeitig liegt jedoch die Zahl der Neuanmeldungen zur Lebertransplantation schon seit 1994 über der Zahl der durchgeführten Operationen, 2002 waren es über 1.300 (alle Zahlen nach DSO). Dies führt dazu, dass die Anzahl der Patienten, welche auf der Warteliste versterben oder wegen des zu schlechten Gesundheitszustandes von ihr gestrichen werden (und dann natürlich auch versterben, ohne aber statistisch erfasst zu sein), weiterhin ansteigt. Gleichzeitig werden die Wartezeiten länger.

Für eine bestimmte Patientengruppe steigt das Risiko, nicht rechtzeitig transplantiert werden zu können, durch eine Verlängerung der Wartezeit überproportional: für die Betroffenen, die an durch Transplantation heilbaren Tumoren der Leber leiden. In der Regel treten bei ihnen nämlich die Leberfunktionseinschränkungen, welche Indikatoren für die Dringlichkeitsbeurteilung der Warteliste sind, erst zu einem Zeitpunkt auf, zu dem der Tumor schon zu weit gewachsen ist bzw. schon gestreut hat. Für diese Patienten/innen ist

eine schnelle Lebertransplantation die einzige Heilungschance. Wir erwarten daher, dass gerade bei ihnen die Zahl der Lebendspenden weiter ansteigen wird. Auch Patienten/innen mit Zystenlebern haben meist sehr lange keine schwerwiegenden Funktionseinschränkungen, leiden aber sehr stark unter den körperlichen Einschränkungen aufgrund des extrem erhöhten Bauchvolumens.

Welches sind die Gründe für die unterschiedliche Anzahl von durchgeführten Transplantationen nach Lebendspende in den einzelnen Transplantationszentren, wie sie z.B. im Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) von 2002 für die Nierentransplantation aufgeführt sind?

Gegenüber der Übertragung einer vollständigen Leber aus postmortaler Spende verlangt die Teillebertransplantation vom lebenden Spender ein anderes Vorgehen. Die vor der Transplantation nötigen medizinischen Abklärungen und die Leberteilung erfordern zusätzliche Erfahrungen und Kenntnisse. Des Weiteren sind für die Evaluation des Spender-Empfängerpaares spezielle Fähigkeiten von Seiten der Psychosomatik dringend erforderlich. Soweit wir dies im Kontakt mit den Transplantationszentren erkennen können, gibt es da-

her durchaus Zentren, die sich bewusst gegen die Durchführung solcher Transplantationen entscheiden, um ihre Ressourcen sinnvoll zu nutzen.

Wir halten dies für ein verantwortungsvolles Vorgehen. Patienten, und das sind hier ja neben dem Empfänger auch der Organspender, müssen erwarten können, dass ein Zentrum ausreichende Erfahrungen mit dem angebotenen Verfahren hat. Hierzu zählen wir nicht nur die chirurgisch-interdisziplinäre nötige Kompetenz, sondern auch die Sicherheit bei der Durchführung des Evaluationsverfahrens für Spender und Empfänger.

In einigen Ländern ist die Lebendspende gegenüber der postmortalen Spende subsidiär, in anderen ist es umgekehrt. Wie beurteilen Sie die Auswirkungen einer solchen Regelung auf Bedingungen und Erfolg der Transplantation? Sollte die klare gesetzliche Rangfolge, wie sie im TPG geregelt ist (postmortale Spende hat Vorrang vor der Lebendspende), geändert werden und in welcher Weise?

Wir sind der Ansicht, dass die Leber-Lebendspende weiterhin nachrangig gegenüber der postmortalen Spende sein sollte. Lebendorganspenden beruhen auf dem ethisch problematischen Prinzip, zielbewusst und schwerwiegend in die körperliche Integrität eines gesunden Menschen einzugreifen. Zwar halten wir dies für zulässig, wenn der Spender dies aus seiner besonderen Verbundenheit zum Empfänger will, wenn ein Abschlagen dieser Hilfsmöglichkeit für ihn eine erhebliche emotionale Belastung darstellen würde. Wo immer möglich, sollte ein solches Vorgehen allerdings vermieden werden. Lebendspende muss auf unvermeidliche Ausnahmefälle begrenzt bleiben.

Zudem würden wir uns wünschen, dass alle Möglichkeiten zur postmortalen Spendergewinnung ausgeschöpft werden. Dazu gehört ein kraftvolles Fortführen der Anstrengungen zur Aufklärung der Bevölkerung und eine klare gesetzliche Regelung für Transplantationsbeauftragte in allen intensivmedizinisch tätigen Kliniken in Deutschland. Gleichzeitig ist sozialrechtlich sicherzustellen, dass Krankenhäusern, welche verstorbene Patienten auf die Eigenschaft als Organspender untersuchen, Organspenden vorbereiten und sie realisieren, den tatsächlichen Aufwand erstattet bekommen.

Anmerken möchten wir schließlich, dass

unserer Meinung nach derzeit solche Fälle ein Problem und Gesetzeswidrigkeiten darstellen, in denen Patienten, bei denen Kontraindikationen für eine Aufnahme in die Warteliste vorliegen, über eine Lebendspende transplantiert werden, dann aber wegen früher postoperativer Komplikationen ein postmortal gespendetes Organ über die höchste Dringlichkeitsstufe der Warteliste erhalten. Kontraindikationen bestehen jedoch aus sachlichen Gründen, etwa wegen einer sehr geringen Erfolgsaussicht. Wir sind der Ansicht, dass eine Ungleichbehandlung mit Patienten, für die kein Lebendspender in Frage kommt, hier nicht erlaubt sein darf.

Sollte der Kreis der Lebendspender auch in Deutschland gesetzlich erweitert werden und in welcher Weise?

Eine Erweiterung des Kreises halten wir mit einer Ausnahme für nicht sinnvoll. Die Begründung der Lebendorganspende als altruistischer Akt – religiös argumentiert als hoher Akt der Nächstenliebe – erfordert zwar nicht, dass eine Beschränkung in der derzeitigen Art erfolgt. Die Einschränkungen haben aber den Vorteil, dass sie ein recht zuverlässiges Instrument zur Verhinderung des Organhandels darstellen. Solchem Handel stehen wir strikt ablehnend gegenüber. Denn zum einen würde er zur Ausbeutung wirtschaftlich Schwacher an ihrem Körper führen, zum anderen gefährdet er die Akzeptanz der Transplantationsmedizin in der Bevölkerung. Wir befürchten daher, dass eine zu starke Ausweitung des Spenderkreises zu einer ansteigenden Zahl von Fällen führt, bei denen es Handel Treibenden gelingt, durch Täuschung das gesetzliche Verbot zu umgehen. Dies würde unserer Ansicht nach mittelbar auch zu einem weiteren Rückgang postmortaler Spenden führen: Aus unserer Aufklärungspraxis zur Organspende wissen wir, dass unter den Menschen, die Organspende ablehnen, die Gefahr des Handelstreibens eines der am häufigsten genannten Argumente ist.

Bei der Ausnahme handelt es sich um die Überkreuz-Lebendspende zwischen Ehepartnern (s. a. nächste Frage).

Sollte die sog. Cross-over-Spende, die nach bisher überwiegender Ansicht der Rechtslehre und Rechtsprechung dem TPG widerspricht, weil die besondere persönliche Verbundenheit nur vermittelt über den Partner/die Partnerin vorliegt, zugelassen wer-

den? Wie wäre bei Zulassung der Cross-over-Spende der Möglichkeit des verdeckten Organhandels vorzubeugen? Sollte die Cross-over-Spende anonym – ggf. vermittelt durch eine zentrale Stelle – erfolgen und wäre eine solche Regelung geeignet, einen Organhandel auszuschließen?

Wir sind nicht nur der Ansicht, dass eine Anonymisierung der Überkreuzspende durchaus ein Mittel sein kann, einem Organhandel zwischen den Partnern vorzubeugen, wir halten eine solche Anonymisierung für sehr wünschenswert, um von vorne herein jede Versuchung in Richtung Organhandel bei einer Cross-over-Spende zu vermeiden. Gleichzeitig meinen wir jedoch, dass die Anonymisierung nach der Transplantation – ggf. nach einer Wartezeit von bis zu einem Jahr – aufgehoben werden könnte, soweit beide Partner damit einverstanden sind. Denn viele Patienten haben nach einer Transplantation das Bedürfnis, sich bedanken zu können. Durch eine nachträgliche Offenlegung bleibt die Möglichkeit zur vorherigen Verabredung von Entgelten verschlossen.

Zudem sind wir der Ansicht, dass bei Eröffnung der Möglichkeit, eine Cross-over-Spende durchzuführen, eine gleichzeitige Durchführung beider Transplantationen am gleichen Transplantationszentrum vorgeschrieben werden muss. Denn ein Auseinanderfallen der Termine birgt die Gefahr, dass für die zweite Spende ein Hindernis (Unfall, Meinungsänderung) auftritt, nachdem die erste bereits erfolgt ist.

Es bleibt aber zu befürchten, dass diese Anonymisierung praktisch nicht durchzuhalten ist, wenn die Spender- und Empfänger in der selben Klinik operiert werden müssen. Hier würde die Frage noch so weit gehen, ob es dem Zentrum möglich ist, vier Operationen gleichzeitig durchzuführen. Wenn nein, ob dann der zweite Spender zurücktreten kann, wenn die Implantation beim eigenen Partner nicht erfolgreich verlief. Müsstest zuvor Verträge abgeschlossen werden, um solches zu verhindern?

Sind die geltenden rechtlichen Regelungen zur Risikoabsicherung des Lebendspenders ausreichend? Oder welcher gesetzliche Änderungsbedarf besteht? Wie müsste ein angemessener Versicherungsschutz zugunsten des Lebendspenders (z.B. Kranken- und Lebensversicherung, Erwerbsunfähigkeitsversicherung) aussehen?

Eine hinreichende Absicherung ist unserer Ansicht nach bisher noch nicht gegeben. Sie erfordert eine umfassende Absicherung des Versterberisikos, der Berufsunfähigkeit und langer Krankheit in Folge der Spende sowie eine gesonderte Arbeitsplatzsicherung. Es muss sichergestellt werden, dass diese Absicherung unabhängig davon ist, ob der Spender abhängig beschäftigt oder selbständig beruflich tätig ist.

Ist es vertretbar, dass Organlebenspenden in Zukunft auch bei der Vergabe von Organen nach postmortalen Spenden bevorzugt werden?

Schon lange vertreten wir öffentlich die Ansicht, dass es unvereinbar ist, wenn jemand nicht selbst zur Organspende nach dem Tode bereit ist, im Fall eigener Erkrankung aber einer Transplantation als Behandlungsmaßnahme zustimmt. Denn die Forderung nach Hilfe und die Bereitschaft, selbst zu helfen, sind ethisch nicht voneinander trennbar. Auf der Warteliste sollten daher eigentlich Personen, die selbst ihre Bereitschaft zur Spende erklärt haben, bevorzugt sein. Mangels eines Organspenderregisters ist aber in Deutschland eine solche Regelung nicht möglich. Wir würden uns wünschen, dass der Deutsche Bundestag nach Wegen sucht, dem abzuweichen.

Im Fall der Lebendorganspende ist eine solche Bevorzugung hingegen jederzeit möglich, wir würden sie begrüßen.

Gibt es Defizite bei der Information und Aufklärung des Lebendspenders, auch hinsichtlich der erforderlichen Nachbetreuung?

Im Vorfeld der Spende sollten an allen Zentren ausführliche Gespräche mit in diesem Bereich erfahrenen Psychosomatikern – abgesehen vom Ausschluss des Organhandels – mit Spendern und Empfängern, auch einzeln, vorgeschrieben sein. Das Gutachten der Psychosomatiker sollte mit entscheidend (evtl. Vetorecht) für die Durchführung oder Nichtdurchführung der Organspende/Transplantation sein. Viele Spender gehen leider nicht mehr zur Nachsorge, obwohl dies nicht nur wegen ihres eigenen Gesundheitszustandes anzuraten, sondern auch notwendige Voraussetzung einer vollständigen Beurteilung der Chancen und Risiken der Lebendspende und des Langzeitverlaufes ist.

Zwar müssen sich Lebendspender nach § 8 Abs. 3 TPG zur Teilnahme an der Nach-

sorge verpflichten, ein Verstoß hat aber keine Folgen. Andererseits sind wir im Zweifel, ob man hier Sanktionen einführen sollte. Weil zwischen Spender und Empfänger eine besondere persönliche Nähe besteht, bestünde nämlich die Gefahr, dass sich Sanktionen auf dieser Beziehungsebene negativ auswirken. Deshalb sollte geklärt werden, ob Anreize zur Nachsorge geschaffen werden könnten. Wenn etwa gesetzlich Krankenversicherte für die Teilnahme an gesundheitsfördernden Programmen Boni erhalten können, weshalb sollte dann nicht die regelmäßige Teilnahme an einer Lebendspende-Nachsorge ähnlich gewertet werden?

Hat die Transplantation eines fremden Organs psychische Folgen für den Empfänger, z.B. für sein Selbstbild?

Die Transplantation hat psychische Auswirkungen auf die Patienten. Sie werden mit einer Lebenssituation konfrontiert, die ihr Überleben unmittelbar bedroht, sie durchleiden eine Vielzahl von Klinikaufenthalten, Untersuchungen, Komplikationen und eine sehr schwere Operation. Die Patienten berichten im persönlichen Gespräch regelmäßig darüber, dass diese Erfahrungen ihr Leben verändert haben, dass ihnen die Zerbrechlichkeit und auch der Wert ihres Lebens bewusster geworden sind.

Sollte sich die Frage hingegen auf Auswirkungen beziehen, die durch die Transplantation eines fremden Organs entstehen, so kann man jedenfalls für die Lebertransplantation feststellen, dass entgegen dem Anschein in der Mediendarstellung die Tatsache, mit einem fremden Organ zu leben, nur von wenigen Patienten nach einer Lebertransplantation als belastend empfunden wird (Müller, Claudia: „Psychosoziale Belastungen im Verlauf von Lebertransplantationen – Lebensqualität und Ansätze für psychologische Interventionen“, Würzburg 2000, S.104). Die Patienten empfinden in der Regel große Dankbarkeit dem Spender und den Angehörigen gegenüber. Viele sprechen vom geschenkten Organ, vom neu geschenkten Leben.

Verschiedentlich wird gefordert, die Bezahlung der Lebendorganspende zuzulassen. Welche finanziellen Anreize und Belohnungen für eine Lebendorganspende sind denkbar, ohne dass ein Handel mit Organen mit den befürchteten negativen Folgen

zu befürchten ist? Wie ist das Problem einzuschätzen, dass damit ein Anreiz für den potenziellen Spender zu einer gravierenden Selbstschädigung gegeben wird? Ist zu erwarten, dass sich eine Bezahlung der Lebendorganspende auf den Organmangel auswirkt?

Die Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V. lehnt finanzielle Anreize zur Verbesserung der Organspendebereitschaft ab, wie immer sie auch aussehen mögen wie z.B. Übernahme der Beerdigungskosten, Rabatte bei den Krankenkassen, Steuersparmodelle und Ähnliches. Diese Anreize würden dazu führen, dass ärmere Mitbürger (Spender wie Angehörige) sich des Geldvorteils wegen zu einer Organspende bereit finden, selbst wenn sie innerlich ablehnend wären, während Mitbürger mit besserem finanziellen Hintergrund eine Organspendebereitschaft entsprechend ihrer inneren Einstellung unabhängig entscheiden können und werden. Gleiches trifft auf die Spendeentscheidung bei Lebendspenden zu. Finanzielle Anreize führen also zu sozialem Ungleichgewicht.

In einer großen Anzahl von Beratungsgesprächen haben wir in den vergangenen Jahren gesehen, wie stark oft die psychische Belastung von Lebendspendern und Lebendspende-Empfängern ist. Es kommt immer wieder vor, dass gerade Wartepatienten und Organempfänger den Gedanken, dass jemand ihretwegen verletzt wird, als unerträglich empfinden. Auch aus diesem Grund ist es erforderlich darauf zu achten, dass Regelungen im Bereich der Organspende ethisch unangreifbar gestaltet werden. Die Patienten müssen auch nach der Operation das sichere Gefühl haben, dass sie durch die Annahme des Organteils nichts Verwerfliches getan haben.

Zudem wird unserer Ansicht nach der breiten Bevölkerung der Unterschied zwischen „finanziellen Anreizen“ und Organhandel nur schwer vermittelbar sein. Wir befürchten deshalb auch, dass solche Regelungen zu einem Abnehmen der Bereitschaft zu postmortalen Organspenden führen würde.

Ulrich Kraus
Jutta Riemer

Leber-Lebendspende aus der Sicht einer Spenderin

Im Juni 1998 wurde bei meinem Mann (59 Jahre) aufgrund einer Hämochromatose ein 6,5 cm großer, bösartiger Tumor festgestellt. Er lag 14 Tage im Städtischen Klinikum in Karlsruhe, wo er auch operiert werden sollte. Die Operation wurde jedoch zwei Tage vorher abgesagt, weil sich der Tumor nahe an der Lebervene befand und das Operationsrisiko zu groß war. Er wurde deshalb in die Uni-Klinik Mainz auf die Transplantationschirurgie verlegt, wo ihm von Prof. Dr. G. Otto $\frac{3}{4}$ der Leber entfernt wurde. Bewundernswert, welche Leistungen da in stundenlangen Operationen vollbracht werden.

Nach fünf Wochen des Hoffens und Bangens konnte mein Mann endlich entlassen werden.

Wir waren nun voller Zuversicht, diese heimtückische Krankheit endlich besiegt zu haben. Doch wir hatten uns gewaltig getäuscht. Nach vier Jahren bei einer Kontrolluntersuchung der schlimme Verdacht: Die Krankheit war zurückgekehrt. Wir waren wie gelähmt und am Boden zerstört, als wir diese niederschmetternde Diagnose hörten. Mein Mann kam sofort wieder in die Uni-Klinik nach Mainz zu Prof. Dr. Otto, der uns gleich eine Lebertransplantation vorschlug. Da aber die Wartezeit auf eine Spenderleber zu lange war, machte er uns den Vorschlag, über eine Lebendspende nachzudenken. Wir sollten uns mit der Familie und den Angehörigen beraten, ob jemand dazu in Frage käme. Ich hatte nur einen Gedanken, ich muss meinem Mann helfen und habe mich sofort und spontan entschlossen, ihm eine halbe Leber zu spenden. Der Vorteil war, dass ich die gleiche Blutgruppe habe.

Als wir seine Schwestern davon informierten, kamen sie mit dem Argument, er hätte ja nun noch vier schöne Jahre gehabt. Das war alles, was sie dazu zu sagen hatten. Das war für meinen Mann und mich eine sehr große Enttäuschung, da wir normalerweise ein gutes Verhältnis zueinander hatten. Doch seither haben wir keinen Kontakt mehr.

Trotz allem hatte mein Mann einen starken Lebenswillen, und wir waren uns in dieser Zeit besonders nahe. Auch unsere drei Töchter mit Familien haben sehr unter der ganzen Situation gelitten und standen uns bei, wo sie nur konnten. Um die Krankheit etwas aufzuhalten, bekam mein Mann 3-mal eine Chemo-Embolisation. Um nicht zu viel Zeit zu verlieren, begab ich mich schnellstens in die Uni-Klinik Mainz zu Prof. Dr. Otto zur weiteren Untersuchung, ob ich als Spenderin überhaupt in Frage käme. Nach sechs Tagen Aufenthalt endlich die frohe Botschaft: Ich kann spenden. Für meinen Mann und



Gudrun und Gerhard Becker

mich war es wie eine 6 im Lotto, obwohl er doch starke Bedenken und Angst hatte, ob ich das alles gut überstehen werde.

Die ganzen Untersuchungen und ein aufklärendes Gespräch beim Narkosearzt waren jetzt abgeschlossen. Auch Prof. Dr. Otto hatte mich gut über die Risiken dieser Operation aufgeklärt. Parallel dazu wurden wir auch ständig psychologisch betreut. Am 6. November 2002 hatten wir noch einen Termin bei der Ethik-Kommission der Landesärztekammer in Mainz, die dem Antrag zur Lebendspende erst zustimmen musste. Es waren der Vorsitzende und ein Anwalt anwesend, die uns dann einige Fragen stellten. Anschließend fuhren wir dann zur Klinik wegen des Termins.

Inzwischen hatten Prof. Dr. Otto und sein Team die Operation geplant und vorbereitet. Da ich inzwischen alle Ärzte und das ganze Pflegepersonal der Station 6 B kannte, verlor ich die Angst und Unsicher-

heit. Wir hatten beide ein positives, zuversichtliches Gefühl für das Gelingen der Transplantation und vertrauten nach wie vor auf das Können von Prof. Dr. Otto und seinem Ärzteteam.

Am 11. November 2002 wurden wir dann beide einbestellt und am 12. November war der große Tag, die „OPERATION“. Doch es gab da noch einige Schwierigkeiten. Da bei meinem Mann auf der rechten Niere noch ein kleiner Tumor festgestellt wurde, musste bei ihm zuerst die Niere freigelegt werden, um durch einen Schnellschnitt festzustellen, ob sie überhaupt transplantieren können.

Mein Mann wurde dann für die Operation vorbereitet. Er wirkte ruhig und gelassen. Ich war innerlich sehr aufgewühlt und versuchte meine Nervosität zu verbergen. Wir verabschiedeten uns voller Hoffnung, dass alles gut verlaufen würde.

Nun lag ich da in meinem Klinikbett, im Flügelhemd, fertig zur Operation und musste noch etwa drei Stunden warten. Stunden der Anspannung, Sorge und Hilflosigkeit. Ich

starrte vor mich hin, betete und dachte an meine Familie zu Hause, die jetzt um uns zitterte und sich verzweifelt fragte: „Wird alles gut gehen?“ Plötzlich der erlösende Anruf: „Es kann losgehen!“ Das Pflegepersonal verabschiedete sich von mir und wünschte mir noch viel Glück, was mir in diesem Moment auch etwas Trost gab. Ich hatte volles Vertrauen zu Prof. Dr. Otto und seinem Team.

Nun ging alles sehr schnell. Ich wurde in den Vorraum des Operationssaales geschoben, wo eine OP-Schwester das lang ersehnte Ergebnis erhielt: „Es kann transplantiert werden.“ Eine andere Schwester kam, lächelte mich an, wünschte mir alles Gute und versetzte mich sanft in Narkose. Die Operation bei mir dauerte etwa 5–6 Stunden, dann kam ich auf die Intensivstation. Durch einen narkoseverhangenen Blick konnte ich nur die angeschlossenen Schläuche und Apparate erkennen, dann fiel ich wieder ins Land der Narkose-

Fotos: privat

Mein schönster Tag

Vor ein paar Monaten fanden die Ärzte heraus, dass mein Papa Leberkrebs hatte. Um wieder gesund zu werden, hatte er nur zwei Möglichkeiten: entweder ein Stück Leber von einer lebenden Person oder von einer Organspende. Um mein Leben zu retten, spendete meine Oma ein Stück von ihrer Leber. Ein Tag vor der Operation verabschiedeten sich alle von mir und myofeltern. Als ich morgens aufwachte dachte ich sofort an meine myofeltern. Beim Frühstück fragte ich meine Mutter besorgt: „Was wird denn im Krankenhaus mit Oma und Papa genau passieren? Können sie dabei sterben?“ Meine Mutter erklärte mir die Transplantation genau. Den ganzen Tag dachte ich an die Beiden in der Schule, beim Essen, empfand den ganzen Tag. Ich hatte Angst um sie! Große Angst! Es könnte nämlich Komplikationen geben. Dann könnten sie vielleicht sterben und ich könnte sie nie wieder sehen. Meine Mutter beruhigte mich und sagte: „Es wird schon alles klappen. Ich fahre mit Tante Martina zum Krankenhaus damit Oma und Papa nicht so alleine sind.“ Ich versuchte mich den ganzen Tag zu beschäftigen, aber ich schaffte es nicht. Mir kam die Zeit schrecklich lang vor. Ich wartete den ganzen Tag lang, bis ich abends um acht hörte. Meine Mutter kam freudig zur Tür herein und rief: „Oma und Papa haben es überstanden. Die Operation ist gut verlaufen.“ Ich war erleichtert und freute mich riesig. Auch meine Familie war glücklich darüber. Als ich abends im Bett lag, dachte ich mir: „Heute war der schönste Tag in meinem Leben.“

Anna Schreyer, 10J.

Nun kam das nächste Problem. Im ganzen Mund und Rachen bildeten sich lauter kleine Bläschen und ich konnte tagelang nur flüssige Nahrung zu mir nehmen. Körperlich fühlte ich mich dann etwas besser und ich konnte mit meinem Mann auf der Station spazieren gehen, doch ich war noch immer sehr müde und schlapp. Prof. Dr. Otto erklärte mir, dass das völlig normal sei und ich mir keine

Sorgen machen bräuchte. Die menschliche und verständnisvolle Art der Ärzte, der Psychologin und des ganzen Personals hat viel zu meiner Genesung beigetragen. Auch meine ganze Familie, Freunde und Bekannte waren in dieser schweren Zeit immer für uns da.



Nach drei Wochen hatten wir beide uns so gut erholt, dass wir entlassen werden konnten. Nach weiteren zehn Tagen kamen wir in eine Anschlussheilbehandlung in die Klinik „Hohenlohe“ nach Bad Mergentheim, wo wir sehr gut betreut wurden und nach vier Wochen gut erholt nach Hause konnten.

Inzwischen sind 21 Monate vergangen. Es hat zwar lange gedauert, doch heute geht es mir wieder gut und ich bin sehr froh, dass ich mich damals zu diesem Schritt entschlossen habe. Mein Mann fühlt sich auch gut. Wir haben das Leben neu schätzen gelernt, genießen jeden Tag aufs Neue und hoffen, dass wir noch viele Jahre gemeinsam erleben dürfen.

Trotz einiger negativer Erfahrungen und psychischer Probleme würde ich mich in der gleichen Situation immer wieder so entscheiden.

Unser Dank gilt besonders Prof. Dr. G. Otto und seinem ganzen Ärzteteam, dem liebevollen Pflegepersonal der Station 6 B der Uni-Klinik Mainz und allen Menschen, die uns mit Rat, Tat und guten Wünschen begleitet haben.

Inzwischen sind wir bei der „Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ eingetreten, durch die wir hilfreiche Informationen erhalten und Kontakte mit Betroffenen knüpfen können.

Gudrun und Gerhard Becker

Wir wussten es nicht: Unsere Enkelin schrieb einen Schulaufsatz zu unserer Situation

träume. Völlig erschöpft und wie durch Nebelschwaden konnte ich meine drei Töchter wahrnehmen, die an meinem Bett standen und mir mitteilen wollten, dass wir beide alles gut überstanden hätten. Mein Mann hatte sich nach der 12-stündigen Operation verhältnismäßig schnell erholt und konnte schon nach drei Tagen auf die Station 6B verlegt werden. Unglaublich, was ein Mensch aushalten kann, was ein Organismus verkraftet und zu was für Höchstleistungen Ärzte im Stande sind.

Nur bei mir wollte es nicht aufwärts gehen. Es gab Komplikationen. Ich hatte 12 kg an Wasser zugenommen, mein Gesicht, meine Hände, der ganze Körper war aufgequollen. Es war sehr unangenehm. Selbst als die Ärzte an meinem Bett standen, war ich kaum fähig, ihren Worten zu folgen. Obwohl alle sehr be-

sorgt waren und sich liebevoll um mich kümmerten, fühlte ich mich elend und schwach. Die Schwester brachte meinen Mann im Rollstuhl zu mir ans Bett, denn wir hatten unseren 41. Hochzeitstag. Er machte ein sehr besorgtes Gesicht, als er mich sah. Wir hatten Freudentränen in den Augen und ich war glücklich, ihn wieder zu sehen. Nur bei mir dauerte es Tage, bis ich etwas essen konnte. Die Schwester hängte mir eine Bluttransfusion an, doch ich war trotzdem immer müde und geschwächt. Dazu kam noch eine Hautallergie und ich musste eingesalbt werden wie ein kleines Baby. Endlich normalisierte sich mein Zustand und nach acht Tagen kam ich auf die Transplantationschirurgie Station 6B, wo auch mein Mann lag. Nach ein paar Tagen wurden wir zusammen auf ein Zimmer gelegt und konnten uns gegenseitig Mut machen.

Die Geschichte des kleinen Jenik

Anfang 2003 war unser Sohn Jenik noch nicht einmal ein Jahr alt, ich dagegen marschierte bereits auf die 34 zu. Er hatte zu diesem Zeitpunkt schon zwei Operationen hinter sich und „wartete“ auf seine dritte, die meine erste überhaupt werden sollte. Am 15. Januar war es schließlich für uns beide soweit: Im Uniklinikum Eppendorf (UKE) in Hamburg setzte das Ärzteteam um Professor Dr. Xavier Rogiers unserem Sohn, der an extrahepatischer Gallengangsatresie litt, einen Teil meiner Leber ein. Fast auf den Tag genau zwölf Monate zwischen Hoffen und Bangen, Freude und Verzweiflung sowie schier endlos erscheinender Wartezeit waren vorbei, als wir Jenik dann am 19. Februar wieder mit nach Hause nehmen durften.

Doch von Anfang an: Nichts deutete in den ersten zwei Wochen nach Jeniks Geburt Ende Februar 2002 darauf hin, dass ihm etwas Lebensbedrohliches fehlt. Für uns war damals das Schlimmste, dass er den Grauen Star von meiner Frau ererbt hatte. Für diese notwendige Operation in Regensburg wurde Jenik Anfang März vorab untersucht. Dabei stellte der Kinderarzt erhöhte Leberwerte fest. Um ehrlich zu sein,

haben wir uns deshalb auch noch nichts dabei gedacht. Daher war dann die endgültige Diagnose zwei Wochen später ein umso größerer Schock. Mit einer Kasai-Operation, welche die UKE-Ärzte am 4. April vornahmen, sollte zumindest vorerst eine weitere Schädigung von Jeniks Leber gestoppt werden. Doch keine fünf Wochen später stand fest, dass der Eingriff ohne Erfolg war und eine Transplantation unausweichlich sein würde.

Die Tatsache aber, dass es Jenik während der ganzen Zeit eigentlich gut ging, er viel lachte und vergnügt mit seinen beiden Geschwistern „spielte“, machte es uns umso schwerer, dies alles zuerst einmal zu begreifen und Entscheidungen über die weitere Behandlung zu treffen. Schon damals hatte uns Dr. Thomas Lang, unser behandelnder Arzt von der Hedwigsklinik in Regensburg, nahegelegt, auch eine Lebendspende in Betracht zu ziehen, zumal Spenderorgane knapp seien.

Nach der Typisierung und Evaluation kam unser Sohn am 27. August 2002 auf die Warteliste für ein Lebertransplantat. Zusätzlich ließ ich mich – sozusagen als

letzte Reserve – untersuchen, ob ich als Spender in Frage komme, was schließlich der Fall war. Dennoch hofften wir weiterhin auf eine Leber über Eurotransplant. Als sich bei einer weiteren Untersuchung in Hamburg im November herausstellte, dass Jeniks Ammoniakwerte stiegen, fing die Zeit an, knapp zu werden. Wir wollten auf keinen Fall so lange warten, bis es ihm schlechter ging und ließen uns schließlich einen Termin für die Lebendspende und Transplantation geben.

Bereuen mussten wir unsere damalige Entscheidung Gott sei Dank keine Sekunde lang. Ganz im Gegenteil. Nach der Operation blühte Jenik regelrecht auf. Fast täglich stellten wir bei ihm Fortschritte fest. Konnte er nach dem ersten Jahr kaum selbstständig sitzen, da seine Muskeln durch die Krankheit zu wenig ausgebildet waren, klappte dies ein paar Wochen nach der OP schon ganz gut. Nach etwa drei Monaten fing er zu krabbeln, nach rund einem halben Jahr zu laufen. Und jetzt tobt er ausgelassen mit seiner Schwester Janina sowie seinem Bruder Jonah durch Haus und Garten, so dass auch wir immer wieder gerne mal vergessen, was er schon alles durchmachen musste.

Foto: privat

Hubert Lukas

Jenik (links) mit seinen
Geschwistern Janina und Jonah



Das Porträt:

Lebertransplantations-Zentrum Regensburg

Wir setzen unsere lose Serie von Porträts von Tx-Zentren fort mit dem Ltx-Zentrum an der jüngsten bayrischen Universität Regensburg

Die Stadt

Regensburg ist eine 2000 Jahre alte Stadt in Ostbayern. Sie liegt an der Donau am Zusammenfluss mit dem Regen – daher der ursprüngliche römische Name „Castra Regina“. Touristisch ist sie inzwischen berühmt für ihre meisterlich renovierte mittelalterliche Altstadt mit der 800 Jahre alten Steinernen Brücke, verwinkelten Gassen, Patrizierhäusern und Geschlechtertürmen und dem gotischen Dom St. Peter. Die Stadt hat etwa 150.000 Einwohner mit steigender Tendenz und, seit Öffnung der Grenzen nach Osten, eine strategisch günstige Lage in Europa. Durch die Ansiedlung von BMW, dem größten Arbeitgeber der Stadt, sowie Siemens, Infineon, Osram verfügt Regensburg über eine solide wirtschaftliche Basis.



Die Universität

Die Universität Regensburg ist die jüngste Universität Bayerns; sie wurde 1962 gegründet. Das Klinikum der Universität ist das jüngste Universitätsklinikum in Bayern; es besteht erst seit 1992 und wurde seither mehrfach erweitert, so dass eine moderne und technisch hervorragend ausgestattete Klinik entstanden ist, die weiter wächst. An dieser jungen und dynamischen Universitätsklinik wurde 1995 ein Nierentransplantationsprogramm gestartet, die erste Lebertransplantation erfolgte 1996. Über die letzten Jahre wurden ca. 10–15 Lebertransplantationen pro Jahr durchgeführt. Seit etwa einem Jahr konnte jedoch das Lebertransplantationsprogramm deutlich ausgebaut werden, nachdem Prof. Dr. Hans J. Schlitt die Leitung der Chirurgischen Klinik in Regensburg übernommen hat. Prof. Schlitt war zuvor über 16 Jahre an der Klinik für Ab-



V.l.n.r.: Prof. Dr. Hans J. Schlitt, Prof. Dr. Jürgen Schölmerich, Prof. Dr. Karl-Hermann Wiedmann

dominal- und Transplantationschirurgie der Medizinischen Hochschule in Hannover unter Prof. Dr. Rudolf Pichlmayr tätig, wo er das Lebertransplantationsprogramm auch über mehrere Jahre leitete. Danach war er für ein Jahr Lehrstuhlinhaber für Chirurgie und Leiter des Transplantationsprogramms der Universität Sydney, bevor er im April 2003 nach Regensburg kam.

Das Ltx-Programm

Die Lebertransplantation ist ein Therapieverfahren, das die Ressourcen und das Know-how vieler verschiedener Abteilungen und Institute benötigt. Das intensivierte Lebertransplantationsprogramm in Regensburg basiert daher auf einer engen Kooperation zwischen der Chirurgischen Klinik unter Prof. Schlitt, der Medizinischen Klinik I an der Universität (Direktor: Prof. Dr. Jürgen Schölmerich) sowie der Medizinischen Klinik II am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Direktor: Prof. Dr. Karl-Hermann Wiedmann). Natürlich sind auch die übrigen Abteilungen wie insbe-

sondere Radiologie, Mikrobiologie, Pathologie etc. sehr intensiv in das Programm eingebunden. Neben der rein klinischen Versorgung der Patienten vor und nach Transplantation wird auch der wissenschaftliche Schwerpunkt im Bereich Transplantation am Universitätsklinikum deutlich weiter ausgebaut, um bestmögliche Behandlungskonzepte und innovative Therapieverfahren anbieten zu können.

Durch diese Neuerungen ist es gelungen, die Transplantationszahlen in Regensburg innerhalb eines Jahres zu vervierfachen: In der ersten Hälfte des Jahres 2004 konnten bereits rund 20 Lebertransplantationen durchgeführt werden, so dass das Ziel für dieses Jahr bei etwa 40 Transplantationen liegt. Trotz deutlich schlechterer Ausgangssituation der Patienten sind die Ergebnisse sehr gut: seit Änderung des Organ-Verteilungssystems von Eurotransplant im Jahr 2003 können Patienten fast nur im dekompenzierten Stadium der Zirrhose (Status „T2“) transplantiert werden,

Foto: privat

also zu einem Zeitpunkt, wenn es ihnen klinisch bereits sehr schlecht geht.

Nun auch Lebendspende

Eine Innovation im laufenden Jahr war die Einführung der Lebendspende für Erwachsene. Bisher konnten drei Transplantationen mittels Lebendspende (rechter Leberlappen) durchgeführt werden und weitere stehen in Kürze an. In Anbetracht des Spenderorganmangels wird die Lebendspende auch in Zukunft ein wichtiges Standbein der Lebertransplantation in Regensburg darstellen, wenngleich die Vor- und Nachteile im Einzelfall sehr sorgfältig geprüft werden müssen. Über die gesetzlichen Vorgaben hinaus stellen wir dazu jedem potenziellen Spender einen erfahrenen Arzt, der keinerlei Bezug zur Transplantation hat, zur Seite, damit seine Interessen adäquat vertreten werden und er bezüglich möglicher Nachteile oder Risiken unabhängige Beratung erhält.

Klinische Forschung

Im Bereich der Immunsuppression ist das Zentrum an einer Reihe von klinischen



Studien beteiligt, um neue Therapieprotokolle (d.h. neue Medikamente oder neue Medikamenten-Kombinationen) zu evaluieren – letztlich alle mit dem Ziel, das Risiko von Nebenwirkungen der notwendigen immunsuppressiven Therapie zu senken. Bislang bestehen Risiken kurz nach der Operation vor allem in Nierenfunktionsstörungen sowie Infektionen; im langfristigen Verlauf sind dies Bluthochdruck, Nierenfunktionsstörungen, Diabetes, Osteoporose etc. Die Ergebnisse dieser Studien sollen helfen, für jeden Patienten – abhängig von seiner Grunderkrankung sowie sonstigen Problemen – die optimale *individuelle* immunsuppressive Behandlung zu finden. Mittelfristig ist auch geplant, neue Therapieansätze zu erproben, die evtl. zu einer Toleranz gegenüber dem neuen Or-

gan führen können und die damit eine langfristige medikamentöse Behandlung u.U. unnötig machen. Experimentelle Untersuchungen dazu sind einer der Forschungsschwerpunkte der Chirurgischen Klinik und auch Gegenstand mehrerer nationaler wie internationaler Kooperationen. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt der Klinik liegt im Bereich der Tumorbehandlung, was vor allem für Patienten von Bedeutung ist, die wegen eines Lebertumors (HCC) transplantiert werden (siehe hierzu gesonderten Artikel S. 20).

Insgesamt ist es unser Bestreben, den Transplantations-Schwerpunkt in Regensburg weiter auszubauen, auf eine breite klinische Basis zu stellen und mit klinischen und experimentellen Forschungsaktivitäten eng zu verzahnen, um eine Versorgung unserer Patienten auf höchstem Niveau zu gewährleisten.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Hans J. Schlitt

**Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Regensburg**

Vergiftung mit Knollenblätterpilzen

Eine seltene Indikation für Lebertransplantation

Jedes Jahr werden einzelne Patienten wegen eines akuten Leberversagens bei Knollenblätterpilzvergiftung transplantiert. Die genaue Zahl lässt sich allerdings aus den Berichten der DSO nicht herauslesen.

Die Pilze

Bei den Knollenblätterpilzen handelt es sich um Pilze, die in den Monaten Juni bis Oktober auf lockerem Boden im Bereich von Misch- und Laubwäldern vorkommen. Die verschiedenen Knollenblätterpilze (Grüner, Kegelhütiger und Weißer Knollenblätterpilz) können mit verschiedenen essbaren Pilzen, z.B. den Champignonarten, dem Grünling und anderen verwechselt werden. Die Unterscheidung dieser Pilze sollte nur von Pilzexperten durchgeführt werden.

Der Grüne Knollenblätterpilz, auch Grüner Mörder genannt, und der Weiße Knollen-



blätterpilz enthalten die stärksten Pilzgifte Amanita und Phalloidine. Die meisten Pilzvergiftungen – und auch die schwersten – ereignen sich durch den Grünen Knollenblätterpilz, da dieser Pilz am häufigsten mit einem essbaren Pilz verwechselt wird. Sein Verzehr ist oft tödlich. Insgesamt 95 Prozent aller tödlichen Pilzvergiftungen werden durch den Knollenblätterpilz verursacht.

Das Gift

Der Grüne Knollenblätterpilz enthält drei Toxingruppen: Amatoxine, Phallotoxine und Phallolysine. Das bedeutendste Gift sind die Amanitine, da diese sehr gut und rasch aus dem Gastrointestinaltrakt [Magen-Darm-Trakt] resorbiert werden, im Gegensatz zum Phalloidin, das nur sehr schlecht resorbiert wird und eher zu einer lokalen Schädigung im Darm führt. Die Amanitine besitzen verschiedene toxokinetische Besonderheiten. Sie sind sehr wärme- und säurestabil, so dass sie durch Kochen oder den Magensaft nicht zerstört werden können. Diese Gifte werden auch nicht verstoffwechselt und somit abgebaut.

Bei beiden Giften (Amanitine und Phalloidin) handelt es sich um zellzerstörende Gifte. Die Amanitine greifen hauptsächlich die Leber und die Nieren an. Die tödliche Dosis für einen Erwachsenen von



Foto: privat / Illustrationen: Zedcor DeskGallery



0,1 bis 0,3 mg/kg Amanitine und die des Phalloidin von 5 bis 10 mg/kg ist in 1 bis 2 Knollenblätterpilzen enthalten. Für Kinder liegt die tödliche Dosis weit darunter.

Die Wirkung

Die Amanitine begeben sich nach der Resorption direkt in die Leber, dem Zielorgan der Toxizität [Giftwirkung], ohne dass sie auf ihrem Wege wahrscheinlich zunächst irgendwo Schäden verursachen. Dann entsteht ein enterohepatischer Kreislauf, durch den es zu wiederholtem Kontakt mit Darmwand- und Leberzellen kommt. Schließlich werden Amanitine im Urin ausgeschieden mit der Konsequenz, dass die Niere das zweite Zielorgan der Toxizität [des Giftes] wird. Nach dem die Amanitine in die Zellen eingedrungen sind, entfalten sie ihre toxische Wirkung durch eine ausgeprägte Hemmung der für die interne Zellfunktion nötigen Botenstoffe. Es kommt zu einer Unterbrechung der Proteinsynthese. Sie führt ihrerseits zu drei ernststen Problemen: erstens zu einer Abnahme und schließlich Verarmung von Enzymen, zweitens zu Strukturproteinen (mit der Konsequenz der Zellnekrose) und schließlich zu Apoproteinen für die Synthese der Lipoproteine mit der Konsequenz von Zellverfettung und Zelltod.

Da durch die Amanitine nur die Zellfunktion gehemmt wird und sie nicht direkt toxisch wirken, wird die Vergiftung erst relevant, wenn es zu einem Proteinmangel gekommen ist.

Symptome

Die Vergiftungen mit dem Knollenblätterpilz zeigen einen typischen 3-phasigen Verlauf:

- Nach einem 8- bis 12-stündigen (4 bis 48 Stunden) symptomfreien Intervall nach Pilzverzehr kommt es plötzlich zu massiven gastrointestinalen Beschwerden mit Übelkeit und Erbrechen, kolikartigen Bauchschmerzen sowie wässrigen Durchfällen. Die mögliche Folge sind Exsikose [Austrocknung] und ein Volumenmangelschock. Diese Symptome sind oft der Grund, ärztliche Hilfe aufzusuchen; sie lassen sich aber durch Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution gut beherrschen.

- Nach ausreichender Therapie folgt nun ein weiteres circa 12- bis 24-stündiges symptomfreies Intervall.
- Etwa 2 bis 4 Tage nach der Pilzaufnahme beginnt die hepatorenale Phase mit Anstieg der lebertypischen Enzyme (GOT, GPT), Hyperbilirubinämie mit Ikterus, Abfall von Gerinnungsfaktoren, Blutungen, hepatischer Enzephalopathie, Coma hepaticum, Anstieg harnpflichtiger Substanzen und Nierenversagen.

Die Therapie

Die Ziele der Therapie sind die Giftelimination [Entfernung des Giftes] mit Magenentleerung, Gabe von Kohle und der Einleitung forciert Diarrhöen. Da Pilze schlecht verdaut werden, kann eine Magenspülung auch noch nach Stunden angezeigt sein, wenn nicht rezidivierendes [wiederkehrendes] Erbrechen schon zur vollkommeneren Magenentleerung geführt hat.

Die Gabe von Penizillin G soll die Aufnahme der Toxine in die Leberzellen hemmen. Der genaue Wirkungsmechanismus ist hier nicht bekannt. Im Gegensatz hierzu ist die Hemmung der Penetration [Eindringen] von Amatoxin in die Leberzelle durch Silibinin nachgewiesen. Ein positiver Effekt konnte im Tierversuch für beide Substanzen nachgewiesen werden.

Zu einer gefürchteten und zum Teil tödlichen Komplikation, einer massiven Blutung, kann es durch den Mangel an von der Leber synthetisierten Gerinnungsfaktoren kommen. Dieser kann durch die Substitution dieser Faktoren entgegengewirkt werden.

Neben der medikamentösen Therapie kommt zur Gift-Elimination [Entgiftung] noch die Hämodialyse in Frage. Weiter sollte die Dialyse zur Therapie der Niereninsuffizienz frühzeitig eingesetzt werden.

Die **Lebertransplantation** steht als ultima ratio zur Diskussion. Hierzu ist es notwendig, dass der Patient frühzeitig in ein Lebertransplantationszentrum verlegt wird. Eindeutige Kriterien, zu welchem Zeitpunkt transplantiert werden sollte, existieren nicht. Entwickelt sich ein Leberversagen, so hat man nur sehr wenig Zeit, eine Lebertransplantation durchzuführen. In dieser Zeit eine passende Leber zu finden, ist trotz großem Aufwand vor allem für Kinder sehr schwierig.

Prognose

Trotz der fortgeschrittenen Therapie liegt die Letalität [Sterblichkeit] je nach Angaben zwischen 8 und 22,4 Prozent, wobei die Letalität im Kindesalter (unter 10 Jahren) mit über 50 Prozent signifikant höher liegt. Früher ging man nach dem Überleben einer Knollenblätterpilzvergiftung von einer folgenlosen Heilung aus. Leberbiopsische Nachkontrollen zeigten aber eine chronisch aktive Hepatitis mit dem Nachweis von Autoantikörpern gegen glatte Muskelzellen und Kryoglobulinen im Serum.

Dr. Martin Kohler
Stuttgart

Die in eckigen Klammern angegebenen Begriffe sind Ergänzungen der Redaktion.

Naturheilverfahren nach Lebertransplantation?

Möglichkeiten und Risiken komplementärer Ansätze

In diesem Artikel¹ werden einige komplementärmedizinische Ansätze vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen pflanzliche Präparate zur Behandlung häufiger Beschwerden, die bei vielen Patienten im Zusammenhang mit Lebererkrankung und nach Lebertransplantation (Ltx) auftreten.

Einleitung

Der aktive oder mündige Patient ist die Zielperson unseres Selbsthilfevereins. Artikel in den „Lebenslinien (LL)“ sollen Patienten informieren und zu verstärkter Übernahme von Eigenverantwortung anregen. So haben in jüngsten Ausgaben insbesondere die Artikel „Was muss ich und was darf ich“ (LL 1/04), „Ernährung und chronische Krankheiten“ (LL 2/04) und – in gewisser Hinsicht – auch die Buchbesprechung „Heilen beginnt mit Zuhören“ (in diesem Heft) explizit diese Zielsetzung verfolgt. Hier nun wird ein komplementärmedizinischer Ansatz vorgestellt, der sich in starkem Maße auf Heilverfahren mit Naturheilmitteln konzentriert, die in der Regel weniger Nebenwirkungen haben als synthetische Arzneimittel; es werden aber auch andere Bereiche wie Ernährung und Bewegung angesprochen.

Die in diesem Artikel diskutierten Verfahren und Heilmittel verstehen sich nicht als Alternativen zu den Standardbehandlungsmethoden nach Ltx; sie sind als ergänzende oder komplementäre Therapien zu sehen. Eine ausdrückliche Warnung scheint hier angebracht zu sein: Der aktive oder mündige Patient neigt verstärkt dazu, sich in Sachen von Krankheit und Therapie zu „verselbständigen“; er oder sie könnte daher versucht sein, bei den unten besprochenen Symptomen ohne ärztlichen Rat zu (nicht rezeptpflichtigen) Naturheilmitteln zu greifen; davor ist dringend abzuraten, da auch Naturheilmittel mit den nach Ltx vorgeschriebenen Immunsuppressiva und auch anderen lebenswichtigen Medikamenten in Wechselwirkung treten und unerwünschte oder sogar gefährliche Nebenwirkungen haben können. Häufig bedarf es spezieller Kenntnisse im Umgang mit pflanzlichen Heilmitteln, über die nicht einmal unbedingt jeder Allgemeinmediziner verfügt.

Warum Naturheilverfahren?

Der „normale“ Ltx-Patient ist für den Rest seines/ihrer Lebens auf die Einnahme ei-

niger Medikamente, insbesondere Immunsuppressiva zur Vermeidung von Abstoßungsreaktionen, angewiesen. Beim (nicht ungewöhnlichen) Auftreten von Beschwerden, die mit der Lebererkrankung bzw. der Ltx assoziiert sein oder auch unabhängig auftreten können, bedarf es häufig weiterer Medikation. Zahlreiche Patienten ziehen dann die Konsultation eines Naturheilarztes vor, um mit „sanfteren“ Naturheilmitteln die Probleme zu beseitigen oder unter Kontrolle zu bringen.² Dabei sind stets Interaktionen von pflanzlichen und synthetischen Heilmitteln zu beachten, insbesondere die Vermeidung potenziell lebertoxischer Substanzen. Der Rahmen sollte aber in der Regel weiter gesteckt werden und im Sinne komplementärer Therapieansätze auch Fragen des Lebensstils (Ernährung, körperliche und geistige Betätigung) mit einbeziehen. „Zahlreiche pflanzliche Präparate (aus der Apotheke!) sowie Homöopathie, Akupunktur und physikalische Therapieformen sind bei Beachtung der Kontraindikationen als wahrscheinlich unbedenklich einzustufen und können unterstützend bei verschiedensten Beschwerden eingesetzt werden.“ Aber Dr. Huber rät ausdrücklich von Immunstimulanzien und einigen spezifischen Substanzen ab wie Johanniskraut, Huflattich, Schöllkraut; ebenso von chinesischen/tibetischen Kräutern wegen häufig festgestellter Verunreinigung (und sogar Beimischung von Substanzen wie etwa Prednison) und Belastung mit Schwermetallen (wegen Anbaus an stark befahrenen Straßen).

Eingangs wurde der komplementäre Charakter der Naturheilmittel betont. Als herausragendes Charakteristikum dieses ergänzenden Ansatzes kann ihre „salutogenetische“ Sichtweise erwähnt werden im Gegensatz zu der primär „pathogenetischen“ Sichtweise der etablierten Schulmedizin. Dieser ergänzende Ansatz baut stark auf „Autoregulation“, d.h. auf die Förderung der Selbstheilungskräfte.

Was versteht man unter Naturheilmitteln?³

Naturheilmittel i.w.S. umfassen Substanzen oder Stoffgruppen, die aus der natürlichen Umwelt gewonnen und möglichst unverändert zur Therapie eingesetzt werden. Dazu gehören insbesondere Heilpflanzen und daraus abgeleitete Präparate; Heilquellen, Heilerde und Heilmoore; Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamine und Mineralien; Anwendung von Wärme und Kälte oder Reizklima; sowie mechanische Kräfte und motorische Abläufe. Die Bezeichnung der verschiedenen Naturheilverfahren folgt jeweils den verwendeten Hilfsquellen wie etwa Phytotherapie für die Behandlung mit pflanzlichen Heilmitteln oder Hydrotherapie für die Behandlung mit Bädern oder physikalische Therapie für die Bewegungsbehandlung und Massagen. **Die Phytotherapie versteht sich ausdrücklich als Bestandteil der naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin.**

Häufig beobachtete Beschwerden und relevante Naturheilmittel

Beeinträchtigung von Nervensystem und Psyche. Im Zentrum für Naturheilkunde der Universität Freiburg kommen immer wieder Ltx-Patienten zu Beratungen an, die unter depressiven Verstimmungen, innerer Unruhe und Angstzuständen leiden. Sie versprechen sich Linderung ihres Zustandes von Naturheilmitteln wie dem **Johanniskraut**, das in Studien positive Ergebnisse bei der mittelschweren Depression zeigt. **Davon rät Dr. Huber aber ausdrücklich ab wegen der nachgewiesenen negativen Wechselwirkungen.** Dagegen hält er **Baldrianwurzel, Hopfenzapfen, Melissenblätter und Passionsblumenkraut** (bei Unruhezuständen und Einschlafstörungen) als Tee oder in Fertigpräparaten für **wahrscheinlich unbedenklich**.⁴

Galle- und Lebererkrankungen. In vielen verdauungsfördernden Mitteln ist **Schöllkraut (Chelidonium)** beigemischt; es wirkt bei Spasmen im Bereich der Gallenwege,

im Magen und im Darmtrakt. Wegen seiner, wenn auch seltenen, **hepatotoxischen Wirkungen rät Dr. Huber jedoch vom Gebrauch ab. Mariendistel und Artischocke als Fertigpräparate** (mit leberentgiftender Wirkung) werden dagegen als **wahrscheinlich unbedenklich** eingestuft. Auch **Gelbwurz (Curcuma)** mit seiner den Gallenfluss anregenden Wirkung ist wahrscheinlich unbedenklich, allerdings können bei längerem Gebrauch Magenbeschwerden auftreten und Verschluss der Gallenwege und Gallensteinleiden sind als Kontraindikationen angegeben.

Mittel für die Verdauungsorgane. Gegen Blähungen werden gerne **Kümmelfrüchte**, bei Reizdarm **Pfefferminzblätter** (oder auch Pfefferminzöl) und auch **Flohsamen** verwendet. Wegen ihrer verdauungsfördernden Wirkung werden auch **Fenchel, Kamillenblüten und Enzianwurzel** eingesetzt. **Alle genannten Substanzen** (als Tee, Auszug oder Fertigpräparate) **gelten als wahrscheinlich unbedenklich nach Ltx.** Ein weiteres Mittel, Blutwurz, wird bei Durchfall eingesetzt. Es wird gegenwärtig in einer Phase-I-Studie an der Universität Freiburg bei colitis ulcerosa untersucht.

Immunstimulanzien und Roboranzien (Kräftigungsmittel). Fast alle Immunstimulanzien sind problematisch, da nach Ltx Immunsuppressiva gegeben werden müssen, um Abstoßungsreaktionen zu unterbinden. Daher **rät Dr. Huber, Mistel, Sonnenhutkraut (Echinacea), Thuja und Thymuspräparate vorsichtshalber zu meiden.** Bei Thuja wird sogar ausdrücklich auf mögliche degenerative Veränderungen der Leber als Nebenwirkung hingewiesen. Dagegen gilt die **Ginsengwurzel** (als Fertigpräparat) mit ihrer Stärkung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und Stresshemmung trotz gewisser Immunstimulierung als **wahrscheinlich unbedenklich.** Des Weiteren sind Kräftigungsmittel wie Lecithin sowie Vitamine und Mineralstoffe in niedrigen Dosen unbedenklich.

Erkrankung der Atemwege. Antibakterielle und reizlindernde Substanzen wie **Thymiankraut, Schlüsselblumenwurzel, Efeublätter und isländisch Moos** können als Tee oder in Fertigpräparaten als **wahrscheinlich unbedenklich** eingestuft werden. **Dagegen empfiehlt Dr. Huber, Huflattich** (ebenfalls reizlindernd und schleimlösend) **vorsichtshalber zu meiden**, da damit einzelne Fälle von Erkrankungen der Lebervenen beschrieben wurden.

Herz- und Gefäßerkrankungen. Zur Durchblutungsförderung werden **Ginkgoblätter** (auch Konzentrations- und Gedächtnisför-



Mariendistel

dernd) sowie **Weißdorn (Crataegus)** eingesetzt; **Knoblauch** ist ebenfalls in diesem Zusammenhang zu erwähnen, mit blutverdünnender und antibakterieller Wirkung. In Teeform oder in Fertigpräparaten stuft Dr. Huber die genannten Substanzen als **wahrscheinlich unbedenklich** ein.

Andere ergänzende Verfahren⁵

Wie oben erwähnt, umfasst die Naturheilkunde auch weitere Bereiche. So sind insbesondere **Akupunktur** sowie **physikalische Therapie** und auch **stressmindernde Ansätze wie Meditation, autogenes Training und die Feldenkraismethode** sowie auch **Reflexzonenmassage** zu nennen. Alle Ansätze können unterstützend zur Rehabilitation nach Ltx nützlich sein (ebenso auch vor einer möglichen Ltx). Auch **homöopathische Mittel** in starker Verdünnung (ab Verdünnungsstufe D 6) können als unbedenklich eingestuft werden. Bei dieser Verdünnungsstufe könnten selbst Substanzen, die lebertoxisch wären, keine schädliche Wirkung auslösen. **Generell gilt allerdings, dass man stets sämtliche ergänzenden Verfahren mit einem Arzt besprechen sollte.**

Auf gesunde und ausgewogene **Ernährung**⁶ mit dem Primärziel der Erreichung eines guten Kräftezustandes ist natürlich ebenfalls zu achten; auch vegetarische Ernährung ist zu empfehlen, wenn auch in bestimmten Situationen (wie etwa bei Leberzirrhose) mehr Energieaufnahme angezeigt sein kann. Dr. Huber rät allerdings vom **Heißfasten** ab wegen des (initialen) Anstiegs von Bilirubin und Transaminasen.

Eine gute Ergänzung zu sämtlichen Therapien sind **Bäder** und **Bewegung**. Sie wirken gegen Stress und Depressionen, meist ebenso gut wie einschlägige synthetische Medikamente.

Ulrich R. W. Thumm

PS: **„Naturheilärzte klagen gegen die Gesundheitsreform“** lautet die Überschrift eines Artikels in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 30. Juli 2004. Der Artikel berichtet, dass vier Ärzte für Naturheilverfahren, Homöopathie und Anthroposophische Medizin Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe gegen das seit Anfang 2004 geltende „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingelegt haben. Zur Begründung ihrer Beschwerde weisen die Ärzte darauf hin, dass sie durch die neuen gesetzlichen Regelungen in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt, ja sogar in ihrer Existenz bedroht seien; diese Regelungen sehen vor, dass rezeptfreie Arzneimittel – darunter fast alle Naturheilmittel – nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden. Man darf gespannt sein auf den weiteren Verlauf des Verfahrens.

1 Der Artikel stützt sich in starkem Maße auf ein Gespräch des Autors mit Dr. med. Roman Huber von der Universität Freiburg sowie auf die Zusammenfassung eines Vortrags, den Dr. Huber unter dem Titel „Naturheilkunde nach Lebertransplantation – Möglichkeiten und Risiken“ am 20. März 2004 bei einem Arzt-Patienten-Seminar in Freiburg hielt.

2 Dr. Huber berichtete von vielen Patienten, die wegen akuten Leidensdrucks und Nebenwirkungen der Standardmedikation nach Ltx ins Zentrum Naturheilkunde der Universität Freiburg kommen. Die unten ausgewählten Symptome und Heilmittel basieren auf dieser Erfahrung.

3 Siehe dazu Pschyrembel: Wörterbuch der Naturheilkunde (und alternative Heilverfahren mit Homöopathie, Psychotherapie und Ergänzungsmedizin), 2. Auflage, de Gruyter (2000). Dem interessierten Leser sei auch noch die folgende Literatur zum Nachschlagen empfohlen: M. Augustin, V. Schmiedel: Praxisfaden Naturheilkunde, 3. Auflage, Gustav Fischer (1999); Melchart et al.: Naturheilverfahren, Schattauer (2002)

V. Fittlmann, R. Weiss: Lehrbuch der Phytotherapie, 10. Auflage, Hippokrates (2002)

4 „Wahrscheinlich unbedenklich“ – dieser Ausdruck wird hier verwendet dafür, dass es keine Anhaltspunkte gibt, die Bedenken gegenüber der jeweiligen Substanz begründen würden.

5 Zu den in diesem Abschnitt erwähnten Verfahren siehe insbesondere die einschlägigen Beiträge in Melchart, op. cit.

6 Siehe dazu auch den Artikel „Ernährung und chronische Krankheiten. Erkenntnisse aus einem Bericht der WHO“ in LL 2/2004.

Aus Wissenschaft und Forschung

Basalzellkarzinom nach Transplantation¹

Im Artikel „Was muss ich und was darf ich?“ (LL 1/2004) wurde auf das erhöhte Hautkrebsrisiko von Transplantationspatienten hingewiesen und die Notwendigkeit, die Sonnenbelastung so gering wie möglich zu halten. In einem kürzlich erschienenen Artikel berichten Jean Kanitakis et al. über die Ergebnisse einer klinischen Studie, an der über 2.000 Patienten beteiligt waren, die während eines Zeitraums von 20 Jahren transplantiert worden waren.² Bei 146 der insgesamt 2.029 immunsupprimierten Transplantationspatienten (7,2%) wurden 176 Fälle von histologisch nachgewiesenem Basalzellkarzinom (= Basaliom; (semimaligner) Tumor in der äußeren Haut in verschiedenen Formen) festgestellt.³

Als Kontrollgruppe diente eine Zufallsstichprobe von 153 anderen Patienten, die ebenfalls vom Basaliom betroffen, aber nicht transplantiert/immunsupprimiert waren.

Es wurde (jeweils mit statistisch signifikanten Ergebnissen) festgestellt, dass

- das Basalzellkarzinom durchschnittlich 6,9 Jahre nach der Transplantation auftritt, und zwar am häufigsten bei Herz-

und Nierentransplantierten, aber durchaus auch bei Lebertransplantierten;

- das Karzinom bei (immunsupprimierten) Tx-Patienten wesentlich früher auftritt (Durchschnittsalter 54,6 Jahre) als bei nicht-transplantierten „Normalpatienten“ (Durchschnittsalter 69,8 Jahre);
- das Karzinom überwiegend bei transplantierten Männern auftritt (4,8-mal häufiger als bei transplantierten Frauen; gegenüber 1,3-mal häufiger bei nicht-transplantierten Männern als bei nicht-transplantierten Frauen);
- während das Karzinom „normalerweise“ hauptsächlich an Kopf und Nacken auftritt, es bei Transplantationspatienten auch wesentlich häufiger an anderen, vor Sonnenstrahlung geschützten Körperstellen zu beobachten ist als bei Nicht-Transplantierten.

In einem im Sommer 2004 erschienenen Heft des Robert-Koch-Instituts⁴ wird unter den Risikofaktoren für das Basaliom, außer der chronischen Schädigung durch UV-Strahlen, speziell auch auf die Immunsuppression (Unterdrückung der Immunantwort) hingewiesen, die bei allen Transplantationspatienten unerlässlich ist. Schutz

vor Sonnenstrahlen und künstlicher UV-Bestrahlung ist dringend angezeigt, aber alleine nicht ausreichend.

Kommentar: Regelmäßige Beobachtung und besondere Vorsicht sind also geboten, und im Zweifelsfall sollte frühzeitig ein Hautarzt konsultiert werden.

Ulrich R. W. Thumm

¹ Bereits im letzten Heft der Lebenslinien (2/2004) haben wir über die Arbeit von Kanitakis et al. berichtet; dieser Bericht wird hier aber um einige wichtige Aspekte ergänzt.

² Jean Kanitakis, MD; Lina Alhaj-Ibrahim, MD; Sylvie Euvrard, MD; Alain Claudy, MD [from the Department of Dermatology, Edouard Herriot Hospital, Lyon, France]: Basal Cell Carcinomas Developing in Solid Organ Transplant Recipients. Clinopathologic Study of 176 Cases, Archives of Dermatology, Vol. 139, September 2003, 1133–1137

³ Die Studie bezieht sich auf das Basalzellkarzinom, obwohl das Plattenepithelkarzinom (Spinaliom = Stachelzellenkrebs) noch häufiger auftritt.

⁴ Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt: Heft 22 „Hautkrebs“, Juli 2004

Kortikosteroidbehandlung von PSC⁵

In einem Interview mit Dr. Lindor von der Mayo-Klinik wurden Versuche zur Behandlung von PSC⁶ mit verschiedenen Immunsuppressiva erwähnt sowie eine Multizentrum-Studie mit Tacrolimus. Nun wird in einem kürzlich erschienenen Artikel über die langfristigen Ergebnisse einer Behandlung der PSC mit Kortikosteroiden berichtet. Eine Retrospektivstudie wurde durchgeführt, in der die Langzeitwirkung von Kortikosteroidbehandlung von (n=47) PSC-Patienten untersucht wurde im Vergleich zu (n=88) nicht-behandelten Patienten.

Insgesamt waren bei 20 Patienten positive Ergebnisse zu verzeichnen (wobei die Forscher die für Autoimmunhepatitis

(AIH) üblichen Response-Kriterien zugrundelegten). Die Patienten wurden im Mittel (Median) über einen Zeitraum von 42 Monaten behandelt (2–276 Monate). Die mittlere (Median) Anfangsdosierung betrug 30 mg (20–60 mg), längerfristig 8,75 mg (5–20 mg). Drei Patienten wurden als „complete responders“, weitere zwei als „partial responders“ und weitere 15 als solche klassifiziert, bei denen sich zumindest die Symptome verbesserten.

Die Non-Responders hatten ein höheres Risiko zu sterben bzw. transplantiert zu werden als die Responders. Die Responders lebten alle ohne Lebertransplantation nach einem mittleren (Median) Zeitraum von 12,2 Jahren.

Trotz ihres sehr begrenzten Umfangs deutet die Studie mit durchgehend statistisch signifikanten Ergebnissen doch darauf hin, dass sich die langfristige Überlebenschance von PSC-Patienten durch die Behandlung mit Kortikosteroiden merklich verbessert.

Ulrich R. W. Thumm

⁵ K. M. Boberg, T. Egeland, E. Schrumpf, Medical Dept. And Dept. Of Biostatistics, Rikshospitalet, Oslo, Norway: Long-Term Effect of Corticosteroid Treatment in Primary Sclerosing Cholangitis Patients, Scandinavian Journal of Gastroenterology 38 (2003), p. 991–995

⁶ Primär Sklerosierende Cholangitis

Faltblattreihe für Patienten vor und nach Lebertransplantation



Patienten, die auf eine Lebertransplantation warten oder eine Transplantation hinter sich haben, begegnen immer wieder bestimmten typischen Fragen. Deshalb bieten wir als Ergänzung zum persönlichen Gespräch mit Ansprechpartnern und in der Kontaktgruppe, zu unserer Zeitschrift „Lebenslinien“ und zum Internet-Angebot unter www.lebertransplantation.de die Faltblattreihe „Informationen der Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ an. Unsere Faltblätter unterteilen sich in eine gelbe Reihe mit allgemeinen Informationen rund um die Transplantation, eine grüne Reihe für Patienten vor der Lebertransplantation und eine rote Reihe für Patienten nach der Operation. Nach der Information über unsere gelbe Reihe in der Ausgabe 2/2003 und der grünen Reihe in der Ausgabe 1/2004 möchten wir Ihnen in diesem Heft unsere rote Reihe näher bringen.

Laborwerte nach Lebertransplantation

Nach einer Transplantation ist zur Erhaltung und optimalen Arbeitsweise des neuen Organs lebenslange ärztliche Betreuung des transplantierten Patienten erforderlich. Neben diversen Untersuchungen sind regelmäßige Blutwertkontrollen erforderlich, weil der Arzt daran

bereits viele mögliche Entwicklungen ablesen kann. Mit diesem Faltblatt erhalten Sie eine Übersicht der wichtigsten Kontrollwerte.

Transplantationsnachsorge

Dieses Faltblatt gibt Ihnen Hinweise, wie Sie sich nach einer Transplantation verhalten und was Sie bezüglich möglicher Nebenwirkungen der einzunehmenden Medikamente wissen sollten. Sie finden auch Hinweise, welche Untersuchungen neben Blutwertkontrollen zusätzlich durchgeführt werden sollen. Damit haben Sie eine Hilfestellung für Ihre Gespräche mit Ihrem Hausarzt und mit dem Transplantationszentrum.

Rund ums Reisen nach Lebertransplantation

Viele Transplantierte mussten in der Zeit vor der Operation auf das Reisen, zumindest in fernere Gegenden, lange Zeit verzichten. Sie fragen sich natürlich, ob sie nach der Operation wieder verreisen können. Ja, es ist wieder möglich. Aber es sind natürlich wegen des reduzierten Immunsystems einige Dinge zu beachten hinsichtlich spezieller Gefährdungen in verschiedenen Regionen, hinsichtlich Insektenschutz und auch zur Nahrungshygiene usw.

Auch dieses Faltblatt soll Ihnen helfen, in den Gesprächen mit Ihrem Hausarzt oder Transplantationszentrum die für Sie individuell richtigen Lösungen zu finden.

Dieter Bernhardt

*Bestellung mit frankiertem DIN-lang
Rückumschlag bei Gerhard Heigoldt:
Bis 3 Blätter 0,55 EUR, bis 6 Blätter 1,00 EUR.*

Liste der europäischen TX-Zentren

Sie sind als Tourist irgendwo in Europa oder angrenzenden Gebieten unterwegs und es tritt ein gesundheitliches Problem auf. Würden Sie dem nächsten Provinzkrankenhaus unbedingt vertrauen? Diese Frage stellt sich immer wieder. Der Vorstand hat jetzt eine Liste europäischer Transplantationszentren. Kennt man das nächstgelegene Transplantationszentrum, kann man die Ärzte auch einer kleinen Klinik darauf verweisen, dass sie sich dort sachverständigen Rat holen können oder man steuert dieses Zentrum gleich selbst an. Die Liste liegt bei den Vorstandsmitgliedern, den Koordinatoren und den Beratern des Vorstands. Wer für seine Reise Informationen braucht, wende sich an diese.

Peter Mohr

Lebertransplantationen in mittelfristiger Perspektive

In Folgenden wird eine mittelfristige Perspektive geboten über die Zahl der Lebertransplantationen in den verschiedenen Transplantationszentren in Deutschland. Es handelt sich um eine rein quantitative Übersicht, und die Rangfolge der Zentren wird aufgrund der durchschnittli-

chen Zahl der Lebertransplantationen in den Jahren 1999–2002 sowie im Jahre 2003 ermittelt. Die Rangfolge der vier größten Zentren: Hannover, Berlin/Charité, Essen, Hamburg bleibt in etwa gleich, während Heidelberg im Jahre 2003 stark „aufholte“; Tübingen lag stark unter dem

Durchschnitt der Jahre 1999–2002, München-Großhadern leicht über; und Jena spielte im Jahre 2003 kaum noch eine Rolle. Bei anderen Zentren ergaben sich zwar Änderungen in der Rangfolge, ohne dass dahinter jedoch eine bedeutende Veränderung der Zahl der Transplantationen gestanden hätte.

Zahl der Lebertransplantationen nach Transplantationszentren, 1999–2003¹

Zentren ²	Postmortale Lebertransplantation				Teilleber-Lebendspende	
	Rang 99–02	Rang 03	1999–02	2003	1999–02	2003
Deutschland insgesamt			685	781	78	74
Hannover	1	1	92	119	12	10
Berlin Charité	1	3	92	89	17	14
Essen	3	2	75	98	22	20
Hamburg	3	4	75	83	14	22
Mainz	5	6	43	51	2,5	2
München-Großhadern	6	10	34	26	n.a.	–
Leipzig	7	7	31	36	n.a.	3
Heidelberg	8	5	29	72	1	–
Jena	9	22	25	3	3	–
Tübingen	10	15	22	13	–	–
Kiel	11	8	21	29	n.a.	–
Bonn	12	11	19	23	–	1
Erlangen-Nürnberg	13	12	18	15	–	–
Münster	14	13	17	14	3,5	2
Frankfurt	15	8	16	29	–	–
Köln-Lindenthal	16	18	15	8	–	–
Regensburg	17	16	12	12	–	–
Göttingen	18	13	11	14	3,5	2
Rostock	19	20	10	7	–	–
München r. d. Isar	20	18	8	8	–	–
Magdeburg	20	17	8	10	–	–
Würzburg	22	20	6	7	–	–
Aachen	n.a.	22	n.a.	3	–	–

Quelle: DSO Jahresberichte 1999–2003; eigene Berechnungen

Split-Liver-Transplantationen nach Zentren, 2000–2003

Zentrum	Rang	Durchschnitt 00–03	2000	2001	2002	2003
Deutschland insgesamt		83	89	66	74	101
Hamburg	1	34	25	37	32	43
Hannover	2	20	17	5	16	40
Essen	3	16	15	14	18	16
Berlin/Charité	4	5	10	4	4	2
Jena	5	4	12	2	–	–
Leipzig	6	1	2	1	2	–
Bonn	6	1	1	2	1	–
Münster	6	1	1	1	–	–
Sonstige Zentren	n.a.	2	6	–	1	–

Quelle: Eurotransplant; eigene Berechnungen

Auffallend ist die starke Dynamik, die sich in der wechselnden Rangfolge der Zentren niederschlägt. Daher wird diese Übersicht in etwa einem Jahr wiederholt werden.

Bei den Transplantationen aufgrund von Teilleber-Lebendspenden sind wiederum die großen Vier führend. Überraschend ist die Zahl dieser Operationen in Zentren wie Münster und Göttingen, die bei den postmortalen Spenden eher unter die kleinen Zentren einzuordnen sind.

In Tabelle 2 sind noch die Zahlen für postmortale split-liver-Transplantationen zusammengestellt. Diese Übersicht unterstreicht die dominierende Rolle der großen Vier, wobei allerdings Hamburg die überragende Position einnimmt, gefolgt von Hannover. In anderen Transplantationszentren werden zwar gelegentlich postmortale split-liver-Transplantationen durchgeführt; diese Zentren spielen jedoch praktisch keine Rolle; im Jahr 2003 wurden sämtliche split-liver-Transplantationen in den vier großen Zentren durchgeführt, wobei die Charité unbedeutend war.

Betrachtet man die beiden Tabellen zusammen, so ist eindeutig die dominante Rolle der vier großen Zentren festzustellen: im Beobachtungszeitraum konzentrierten sie bei der postmortalen Lebertransplantation ungefähr die Hälfte der Operationen auf sich, bei den noch komplizierteren Teilleber-Lebendspenden und den postmortalen split-liver-Transplantationen ungefähr 90 Prozent. Bei der postmortalen Transplantation machten im Beobachtungszeitraum die vier Zentren, die in der Rangfolge den großen Vier folgen, knapp ein Viertel aus.

Ulrich R. W. Thumm

¹ 1999–2002 = arithmetisches Mittel der Jahre 1999, 2000, 2001, 2002; Rangfolge der Transplantationszentren entsprechend der durchschnittlichen Zahl der postmortalen Transplantationen 1999–2002 und 2003

² Freiburg und Köln-Merheim werden in den Statistiken der DSO nicht mehr geführt, Aachen erst seit 2000; für Aachen wird somit kein Durchschnitt für 1999–2002 angegeben (n.a. = nicht anwendbar)

Störungen der Lungendurchblutung als Risiko für die Lebertransplantation

Eine schwere Lebererkrankung kann die Funktion der Blutgefäße beeinträchtigen. Äußerlich sichtbar zeigt sich dies durch das Auftreten von Spider naevi oder roten Handinnenflächen (Palmarerythem). Auch die inneren Organe können von Gefäßveränderungen betroffen sein. Die Therapie dieser Erkrankung ist generell schwierig. Im Einzelfall kann sie die entscheidende Indikation zur Lebertransplantation darstellen. Nach einer Transplantation bildet sich das hepato-pulmonale Syndrom in aller Regel wieder zurück.

Veränderungen der Lungengefäße sind schwierig zu erfassen. Sie können aber zu gravierenden Störungen der Organdurchblutung führen, die letztendlich die Sauerstoffversorgung und die Kreislagsituation des gesamten Körpers in hohem Maße beeinträchtigen. Als Ursache wird die Wirkung von toxischen Substanzen angenommen, die normalerweise von der gesunden Leber entgiftet und abgebaut werden, die aber bei Leberzirrhose und Pfortaderhochdruck in größerer Menge im Kreislauf bleiben. Die Beeinträchtigung der Lungendurchblutung kann in zwei charakteristischen Krankheitsbildern zum Ausdruck kommen.

Hepato-pulmonales Syndrom

Am häufigsten kommt es zu einer Einschränkung der Gasaustauschfunktion, die zu einer gestörten Sauerstoffaufnahme des Blutes in der Lunge führt. Ausgelöst wird dies durch Kurzschlussverbindungen im Lungenkreislauf mit Erweiterung von Lungengefäßen, wodurch viele Lungenbläschen (Ventilation) von der Durchblutung (Perfusion) nicht erreicht werden und es zu einem sog. Ventilations-Perfusions-Missverhältnis in der Lunge kommt (Shunt).

Das „hepato-pulmonale Syndrom“ stellt eine ausgeprägte Form dieser Störung dar. Dabei kommt es zu einer schweren Sauerstoffverarmung des Blutes (Hypoxämie). Ein hepato-pulmonales Syndrom tritt bei ca. 10 Prozent der Patienten mit fortgeschrittener Lebererkrankung (Zirrhose CHILD C) auf. Dadurch können Beschwerden wie Luftnot bei geringster Belastung und Blaufärbung der Lippen ausgelöst werden. Die Ursache liegt in einer Erniedrigung des Sauerstoffgehalts des Blutes und erweiterten Blutgefäßen.

Typischerweise fällt die Sauerstoffsättigung im Blut insbesondere bei aufrechter Haltung ab (Orthodeoxie). Die erweiterten Lungengefäße und deren verminderte Filterfunktion können durch eine Herzultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel nachgewiesen werden.

Porto-pulmonale Hypertonie

Eine andere Veränderung der Lungendurchblutung aufgrund einer schweren Lebererkrankung geht mit einer Blutdruckerhöhung im Lungenkreislauf einher. Man spricht vom Lungenhochdruck oder der pulmonal-arteriellen Hypertonie. Da sie bei Lebererkrankungen insbesondere in Verbindung mit dem Pfortaderhochdruck (portale Hypertonie) beobachtet wird, nennt man diese Form „porto-pulmonale Hypertonie“. Beim Lungenhochdruck, der generell im Rahmen vieler verschiedener Erkrankungen auftreten kann, kommt es zu einer Verengung und Verödung von Lungengefäßen, wodurch eine Verminderung des Bluttransports durch die Lunge verursacht wird. Daraus folgt eine vermehrte Belastung des Herzens, was bis zum Herzversagen führen kann (Abb.). Betroffene Patienten leiden u.a. an Luftnot besonders bei Anstrengung, allgemeiner Leistungsminderung und Schwindel und haben ohne Behandlung eine deutlich eingeschränkte Lebenserwartung.

Eine porto-pulmonale Hypertonie wird bei bis zu 16 Prozent aller Patienten mit Lebererkrankungen, insbesondere bei Leberzirrhose bzw. Pfortaderhochdruck gefunden. Dies geschieht meistens im Rahmen der Vorbereitung auf eine Lebertransplantation. Dabei scheint keine direkte Verbindung zwischen der Schwere der Lebererkrankung und dem Auftreten der porto-pulmonalen Hypertonie zu bestehen.

Erste Hinweise auf die Diagnose eines Lungenhochdrucks und insofern auch die porto-pulmonale Hypertonie können mittels Herzultraschall (Echokardiographie) erkannt werden. Zur genauen Einschätzung des Ausmaßes der Erkrankung ist allerdings eine Rechtsherzkatheter-Untersuchung notwendig, da z.B. eine genaue Bestimmung des Verhältnisses zwischen der Höhe des Lungenblutdrucks und der Pumpleistung des Herzens notwendig ist (sog. Lungengefäßwiderstand).

Bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie gibt es mittlerweile Therapiemöglichkeiten, die zwar zu keiner Heilung, jedoch zu einer Stabilisierung und Besserung führen. Dies wird erreicht durch Medikamente, die die Lungengefäße erweitern bzw. die weitere Verödung verhindern können. Drei Substanzklassen stehen generell dafür zur Verfügung. Die Prostanoiden können als Dauerinfusion (Flolan®) oder per Inhalation (Ventavis®) verabreicht werden. In Tablettenform liegen Phosphodiesterase-Inhibitoren wie Sildenafil (Viagra®) bzw. Endothelin-Rezeptorenblocker wie z.B. Bosentan (Tracleer®) vor. Bei letzterem kann es allerdings in 10–15 Prozent zu Lebernebenwirkungen kommen. Als letzte Möglichkeit kann eine (Herz-)Lungen-Transplantation in Erwägung gezogen werden.

Über die spezielle medikamentöse Therapie der porto-pulmonalen Hypertonie gibt es derzeit nur vereinzelte Berichte, worin jedes der oben genannten Medikamente erwähnt wird. Eigene Therapiestudien zur Behandlung der porto-pulmonalen Hypertonie liegen bisher nicht vor. Insofern ist eine generelle Therapieempfehlung nicht möglich, sie muss im Einzelfall entschieden werden.

Störung der Lungendurchblutung und Lebertransplantation

Beide Erkrankungen, das hepato-pulmonale Syndrom und die porto-pulmonale Hypertonie, spielen eine wichtige Rolle in der Vorbereitung auf eine Lebertransplantation.

Das hepato-pulmonale Syndrom stellt selbst eine Indikation für eine Lebertransplantation dar. Es bildet sich nach einer Transplantation meist nach einer gewissen Zeit wieder zurück. Mit zunehmender Verringerung der Konzentration des Blutsauerstoffs erhöht sich allerdings auch das Risiko von Komplikationen während und nach einer Transplantation.

Das Auftreten einer porto-pulmonalen Hypertonie gilt dagegen als Kontraindikation für eine Lebertransplantation. Dies wird begründet mit dem hohen Risiko, während bzw. nach der Transplantation an Kreislaufkomplikationen zu versterben. Eine der Gefahren besteht in einem frühen Transplantatversagen durch Blutstau in den Lebervenen wegen Einschränkung und Versagen der Rechtsherz-Funktion. Weiterhin kann es zu einem Absinken des systemischen Blutdrucks mit nachfolgenden weiteren Organversagen kommen.

Bei der porto-pulmonalen Hypertonie besteht auch nach primär erfolgreicher Lebertransplantation eine eingeschränkte Prognose, da sich die Veränderungen der Lungengefäße nicht rasch zurückbilden können. Nur bei gering ausgeprägter porto-pulmonaler Hypertonie kann mit einer baldigen Rückbildung der Lungengefäß-erkrankung nach erfolgreicher Lebertransplantation gerechnet werden. Insofern können diese Patienten bei nur sehr spezieller Konstellation von einer Lebertransplantation profitieren.

Eine genaue Abklärung der Lungendurchblutung ist vor der Transplantation notwendig, um das individuelle Risiko abzuschätzen und die Notwendigkeit einer spezifischen Therapie der porto-pulmonalen Hypertonie mit den o.g. Medikamenten zu klären. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass man von dieser Therapie Besserung der Beschwerden und auch einen positiven Einfluss auf die Prognose erwarten kann. Bei sehr gutem Ansprechen auf die Therapie mit Abnahme des Lungenhochdrucks und insbesondere des Lungengefäß-Widerstands kann auch eine Lebertransplantation mit kalkulierbarem Risiko diskutiert werden.

Über eine mögliche kombinierte Leber-Lungen-(Herz-)Transplantation bei porto-pulmonaler Hypertonie gibt es bisher eini-

Untersuchung des Herzens mittels Herzultraschall (Echokardiographie)

Abb. a) Herz eines Gesunden



Abb. b) Herz bei schwerem Lungenhochdruck



Foto: privat

Während beim Gesunden die rechtsseitigen Herzkammern (im Bild a) links dargestellt) kleiner als die linksseitigen Herzkammern sind, erkennt man im Bild b) die stark erweiterten rechtsseitigen Herzkammern, die die linken Herzkammern komprimieren. Zusätzlich zeigt sich eine Verschiebung der Herzspalte zur linken Herzhälfte. Als Ursache besteht ein schwerer Lungenhochdruck mit starker Beeinträchtigung der Herzfunktion.

ge Fallberichte, aber (noch) keine bekannten größeren Erfahrungen.

Klinische Studien

Die größte Untersuchung zum Risiko der Lebertransplantation bei gestörter Lungendurchblutung stammt von MJ Krowka aus der Mayo Clinic Rochester in den USA. Dabei wird über die Erfahrung von 106 Patienten aus den USA berichtet, die wegen schwerer Lebererkrankungen und Lungengefäßveränderungen an zehn Transplantationszentren über einen Zeitraum von fünf Jahren zur Lebertransplantation gemeldet wurden. Im Vorfeld waren 38 Patienten für eine Lebertransplantation aus verschiedenen Gründen abgelehnt worden, davon 30 Patienten wegen bestehender schwerer porto-pulmonaler Hypertonie. Die anderen Patienten wurden für eine Lebertransplantation gelistet und hatten entweder ein hepato-pulmonales Syndrom ($n=32$) oder eine porto-pulmonale Hypertonie ($n=36$).

In der Gruppe der Patienten mit hepato-pulmonalem Syndrom überlebten alle die Operation, in der Frühphase starben jedoch fünf Patienten. In der genauen Analyse zeigte sich, dass diese Patienten einen besonders niedrigen O_2 -Gehalt vor Transplantation hatten (O_2 -Partialdruck pO_2 37 ± 8 mm Hg gegen 57 ± 11 mm Hg bei den Überlebenden, $p < 0.5$, normal $pO_2 > 70$ mm Hg).

Die Gruppe der 36 Patienten mit porto-pulmonaler Hypertonie, die sich einer Lebertransplantation unterzogen, hatten niedrigere Druckwerte im Lungenkreislauf als die 30 Patienten mit porto-pulmonaler Hypertonie, die zur Transplantation abgelehnt wurden (mittlerer Lungenhochdruck 45 ± 11 mm Hg gegen 53 ± 11 mm Hg, normal < 21 mm Hg, Lungengefäßwiderstand 333 ± 150 dyn \cdot s \cdot cm $^{-5}$ gegen 614 ± 288 dyn \cdot s \cdot cm $^{-5}$, normal < 180 dyn \cdot s \cdot cm $^{-5}$).

Während der Operation starben fünf Patienten, davon vier an Rechtsherzversagen. In den ersten drei Wochen nach Transplantation starben weitere acht Patienten mit Lungen- (7) oder Herzkomplikationen (3). In der genauen Analyse zeigte sich hier kein Unterschied bzgl. des Ausmaßes der porto-pulmonalen Hypertonie. Allerdings erhielten fünf der überlebenden Patienten eine langfristige Lungengefäß-erweiternde Vortherapie gegenüber einem Patienten der Nicht-Überlebenden. Der tatsächliche Effekt von solchen spezifischen Medikamenten während und nach der Transplantation konnte nicht wissenschaftlich ausgewertet werden. Als einziges der o.g. Medikamente kam eine Dauerinfusion mit Flolan® zum Einsatz.

Insgesamt zeigte sich eine hohe Sterblichkeit während und nach Lebertransplantation bei vorbestehendem hepato-pulmonalen Syndrom (16%) bzw. porto-pulmo-

naler Hypertonie (36%), wobei das Risiko umso größer war, je ausgeprägter die Veränderungen des Blutsauerstoffgehalts bzw. des Blutdrucks im Lungenkreislauf bzw. der Lungengefäßwiderstand waren. Es zeigte sich auch der positive Einfluss einer Lungengefäß-erweiternden Vortherapie auf das Überleben nach der Lebertransplantation; eine genaue Analyse über deren Einfluss auf das Transplantationsrisiko konnte jedoch nicht vorgenommen werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Veränderungen der Lungendurchblutung als Komplikation bei Lebererkrankungen nicht selten sind und insbesondere vor Lebertransplantation einer genauen Abklärung bedürfen. Während das hepato-pulmonale Syndrom primär eine Indikation für eine Lebertransplantation ist, stellt die

porto-pulmonale Hypertonie zunächst eine Kontraindikation gegen eine Lebertransplantation dar. Ggf. muss eine gezielte Vortherapie eingeleitet werden, bevor eine Lebertransplantation mit kalkulierbarem Risiko diskutiert werden kann. Bei der Vorbereitung auf eine Lebertransplantation sollte deswegen immer auf das Vorliegen einer Lungendurchblutungsstörung geachtet werden. Erste Schritte hierfür sind eine Blutgasanalyse und eine Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie). Eine spezifische Therapie der porto-pulmonalen Hypertonie sollte in spezialisierten Zentren durchgeführt werden.

F. Reichenberger, B. Enke, A. Kreckel, S. Ghofrani, H. A. Ghofrani, W. Seeger, H. Olschewski

Ambulanz für pulmonale Hypertonie
Medizinische Klinik II,
Universitätsklinikum Gießen

Literatur

Naeije R. Hepatopulmonary syndrome and portopulmonary hypertension. *Swiss Med Wkly* 2003; 133: 163–9.

Hoeper MM, Krowka MJ, Strassburg CP. Portopulmonary hypertension and hepatopulmonary syndrome. *Lancet* 2004; 363: 1461–8.

Krowka MJ, Mandell MS, Ramsay MA, Kawut SM, Fallon MB, Manzarbeitia C, Pardo M Jr, Marotta P, Uemoto S, Stoffel MP, Benson JT. Hepatopulmonary syndrome and portopulmonary hypertension: a report of the multicenter liver transplant database. *Liver Transpl* 2004; 10: 174–82.

Lebertransplantation beim hepatozellulären Karzinom (HCC) – Stellenwert und neue Perspektiven

In diesem Artikel werden die verschiedenen Optionen zur Behandlung des hepatozellulären Karzinoms bis hin zur Lebertransplantation diskutiert. Zur Verhinderung von Rezidiven zeichnen sich verschiedene medikamentöse Ansätze ab, die allerdings noch klinisch erprobt werden.

Leberzirrhose und HCC

Beim Vorliegen einer Leberzirrhose – insbesondere auf dem Boden einer Hepatitis B oder C, einer Hämochromatose oder alkoholinduziert – besteht ein deutlich erhöhtes Risiko der Entstehung eines bösartigen Lebertumors („hepatozelluläres Karzinom“, HCC). Dies ist seit langem bekannt, und daher sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit Zirrhose (z.B. mittels Ultraschall, AFP-Bestimmung¹) sinnvoll, um eine Tumorentstehung möglichst frühzeitig zu erkennen. Trotz guter Betreuung dieser Patienten durch den Internisten fallen aber viele Tumore erst in einem fortgeschrittenen Stadium auf, weil sie oft schwer zu erkennen sind. Manchmal führt auch die zufällige Entdeckung eines Tumors in der Leber mittels Ultraschall überhaupt erst zur Diagnose einer bis dato unbekannten Zirrhose.

¹ AFP = Alphafetoprotein; erhöhte Werte treten bei Lebererkrankungen auf.

Ist ein HCC erst einmal diagnostiziert worden, ergibt sich für den Patienten und den behandelnden Arzt die Frage, welches die bestmögliche Behandlung ist. Hierbei ist vorab schon anzumerken, dass es **die** Standardbehandlung nicht gibt, sondern dass eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die alle in die Überlegungen mit einbezogen werden müssen. Um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, ist es sinnvoll, Patienten mit einem HCC in Zirrhose in einem Zentrum zu behandeln, das das ganze Spektrum der Therapieoptionen überblickt und – im Idealfall – auch selbst anbieten kann. In einem solchen Zentrum sollten die Patienten interdisziplinär diskutiert und die Behandlungsstrategie gemeinsam zwischen Internisten, Chirurgen und Radiologen festgelegt werden.



Prof. Dr. Hans J. Schlitt

Therapie-Optionen

Das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten beim HCC umfasst zum einen lokal zerstörende Verfahren wie die Alkoholinjektion oder die Radiofrequenzablation (RFA). Beides sind Verfahren, die kleinere Tumore (ggf. auch mehrere) mehr oder weniger komplett zerstören können. Ein weiteres Verfahren, das

auch bei größeren Tumoren zur Anwendung kommen kann – allerdings unter der Voraussetzung einer noch relativ guten Leberfunktion – ist die Embolisation der tumorversorgenden Gefäße. Dabei wird ein Katheter über die Arterie der Leiste bis zur Leber vorgeschoben, das Hauptgefäß des Tumors sondiert und dann verschlossen („embolisiert“). Das Verfahren wird daher auch als „trans-arterielle Embolisation“ (TAE) bezeichnet und wird häufig in Kombination mit Chemotherapeutika im

Foto: privat

Sinne einer „Chemoembolisation“ durchgeführt.

Bei günstig gelegenen Tumoren und ausreichender Leberfunktion ist die operative Resektion eine Möglichkeit der Behandlung, um den Tumor komplett zu entfernen. Bei eingeschränkter Leberfunktion (z.B. fortgeschrittener Zirrhose) und einem Tumor, der auf die Leber beschränkt ist, kann eine Transplantation angezeigt sein. In vielen Fällen ist es sinnvoll, eine Kombination verschiedener Verfahren anzuwenden, z.B. würde bei kleinen Tumoren in einer fortgeschrittenen Zirrhose zuerst mit lokal destruierenden [örtlich abtötenden] Maßnahmen wie Chemoembolisation oder Radiofrequenzablation begonnen, später gefolgt von einer Transplantation. Eine systemische Behandlung mittels Chemotherapie beim fortgeschrittenen HCC ist nicht sinnvoll (ganz im Gegensatz zu vielen anderen Tumorarten wie z.B. auch Lebermetastasen), da HCCs auf die vorhandenen Chemotherapeutika praktisch nicht ansprechen.

Ltx als Therapie-Option

Einziger Ansatz, den Tumor komplett zu heilen – und nicht nur zu verkleinern oder einzudämmen – ist die chirurgische Entfernung, wenngleich sehr kleine Tumore im Einzelfall auch durch Alkoholinjektion oder RFA komplett zerstört werden können. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass auch bei kompletter Zerstörung oder Resektion vorhandener Tumorknoten die Zirrhose ja weiterhin bestehen bleibt und damit ein hohes Risiko, dass sich in der zirrhotischen Leber neue Tumorknoten entwickeln. Abhängig von der Gesamtsituation ist daher im Einzelfall zu überlegen, ob eine Lebertransplantation nicht die bessere Lösung ist. Durch die Transplantation werden nicht nur alle Tumorherde in der Leber radikal entfernt, sondern auch die zirrhotische Leber selbst, so dass die Entstehung neuer Tumore ebenfalls verhindert wird. Dabei ergeben sich zwei Probleme: erstens, der Mangel an Spenderorganen und die dadurch bestehenden Limitationen [Begrenzungen] der Lebertransplantation und, zweitens, das Risiko, dass doch schon Tumorzellen aus der Leber herausgewandert sind; diese Tumorzellen könnten dann nach einer Transplantation unter der immunsuppressiven Behandlung sogar verstärkt wachsen und zu einem raschen Tumorrezidiv führen.

Problem: Organmangel

Aufgrund des Mangels an Spenderorganen

und bedingt durch das derzeit in EURO-TRANSPLANT geltende Verteilungssystem, das Patienten mit dekompensierter Leberzirrhose deutlich bevorzugt, besteht für Tumorpatienten aktuell nur eine geringe Chance, innerhalb kurzer Zeit ein Organtransplantat zu bekommen. Eine kurz- bis mittelfristige „Überbrückung“ mittels lokal zerstörender Verfahren (z.B. Embolisation oder RFA) während der Wartezeit ist sicher möglich – und u.U. auch sinnvoll. Dadurch können auch Patienten mit einem schnell fortschreitenden Tumor und damit hohem Rezidivrisiko erkannt werden, die von einer Transplantation vermutlich nicht profitieren würden. Eine Wartezeit von deutlich über einem Jahr, wie sie für Patienten mit „relativ stabiler“ Leberzirrhose derzeit besteht, ist allerdings für Tumorpatienten in der Regel zu lang.

Lebendspende als Option

Eine Alternative zur „klassischen“ Lebertransplantation, ist die Transplantation mittels Lebendspende, zumeist unter Verwendung eines rechten Leberlappens. Mit diesem Verfahren konnten in den letzten zehn Jahren in vielen Zentren weltweit umfangreiche Erfahrungen gesammelt werden. Auch in Deutschland wird inzwischen die Leber-Lebendspende-Transplantation in mehreren Zentren erfolgreich durchgeführt. Gerade bei einer Tumorerkrankung ist jedoch das Risiko für den potenziellen Lebendspender gegen die Chancen für den Patienten – z.B. das Risiko eines Tumorrezidivs v.a. bei fortgeschrittenen Tumoren – sehr genau abzuwägen. Für eine „normale“ Lebertransplantation können nur Patienten angemeldet werden, die entweder einen Tumor < 5 cm oder maximal 3 Tumore mit höchstens 2 cm Durchmesser haben (sog. „Milan-Kriterien“). Bei Patienten mit größeren Tumoren ist zwar prinzipiell das Rezidiv-Risiko höher, es besteht aber – zumindest bei Tumoren, die keine offensichtliche Gefäßinfiltration aufweisen – dennoch eine realistische Heilungschance durch eine Transplantation. Diesen Patienten kann derzeit nur durch eine Transplantation mittels Lebendspende geholfen werden.

Gefahr: Rezidiv

Über die letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass das Wachstum von Tumorzellen, die nach einer Transplantation irgendwo im Körper des Patienten zurückgeblieben sind, durch die immunsuppressiven Medikamente deutlich beschleunigt werden kann. Dies ist vermutlich zu einem großen

Teil bedingt dadurch, dass Calcineurin-Inhibitoren wie Sandimmun® und Prograf® die Gefäßneubildung in Tumoren deutlich steigern, so dass die Tumore besser mit Sauerstoff versorgt werden können und dadurch schneller wachsen. Umfangreiche tierexperimentelle Untersuchungen (die zum Großteil in Regensburg durchgeführt wurden) konnten aber zeigen, dass eine neue Gruppe von immunsuppressiven Medikamenten, die sogenannten „mTOR-Inhibitoren“ wie Rapamune® und Certican®, diesen Effekt nicht haben und die Gefäßneubildung in Tumoren sogar deutlich hemmen, selbst wenn sie mit Calcineurin-Inhibitoren kombiniert werden. In Tierversuchen konnten durch eine alleinige Gabe von Rapamune® bestehende Tumore sogar zerstört werden. Mit diesen Befunden ergeben sich jetzt möglicherweise neue Ansatzmöglichkeiten, um Tumorrezidive nach Transplantation in Zukunft zu verzögern oder ganz zu vermeiden. Erste Erfahrungen einer kanadischen Gruppe, die bei Rapamune®-behandelten Patienten ein deutlich geringeres Tumorrezidiv-Risiko beschrieben haben, sind ein erster Hinweis, dass die experimentellen Ergebnisse auch in der klinischen Anwendung Bestand haben. In Europa wird in einer klinischen Studie, die in Kürze beginnt und an der viele Zentren teilnehmen, untersucht, ob eine Umstellung der Immunsuppression nach Transplantation bei HCC die Tumorrezidivrate senken kann.

Alle diese Aspekte und Fragestellungen zeigen, wie wichtig zum einen die klinische Versorgung von Patienten mit HCC-Zirrhose in einem erfahrenen Zentrum ist, das interdisziplinär eine optimale Behandlungsstrategie anbieten kann. Zum anderen ist aber auch die Verzahnung von Forschung und Klinik erforderlich, um immer wieder neue Ansätze zur Verbesserung von Behandlungskonzepten zu erarbeiten.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Hans J. Schlitt

**Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Klinikum der Universität Regensburg**

Die in eckigen Klammern angegebenen Begriffe sind Ergänzungen der Redaktion.

Primär sklerosierende Cholangitis: Begleiterkrankung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Im Verlauf der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa können Begleiterkrankungen an einer Reihe von Organsystemen auftreten: Gelenken, Haut, Augen sowie Leber und Gallenwegen. Diese Begleiterkrankungen können infolge gemeinsamer pathophysiologischer Ursachen (immunologisch, toxisch), Medikamentennebenwirkungen oder gestörter Darmfunktion auftreten.

Gemeinsame Pathophysiologie (Krankheitsentstehung)

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) entstehen aus heutiger Sicht aus einem Zusammenspiel genetischer Faktoren und Immunreaktionen auf Infekte, Nahrungsmittelbestandteile oder Umweltstoffe. Das Darm-assoziierte Immunsystem stellt den größten Teil des Immunsystems des Menschen dar. Weiße Blutkörperchen, die an Immunreaktionen in der Darmwand beteiligt sind, wandern über das Lymph- und Blutsystem in andere Organe und können dort entzündliche Reaktionen hervorrufen. Dies ist einer der Mechanismen, der die Entstehung von Begleiterkrankungen in anderen Organen wie Leber, Haut, Augen, Gelenken und Gefäßsystem erklärt. Bei starker Freisetzung von Entzündungsfaktoren (z.B. Zytokinen, TNFα)¹ im Rahmen der Entzündungsreaktion im Darm gelangen diese über den Blutstrom in den gesamten Organismus und lösen Allgemeinsymptome aus: Fieber, Gewichtsverlust, Neigung zu Thrombosen und Osteoporose.

Als weitere Ursache von extraintestinalen [außerhalb des Darms] Begleiterkrankungen wird diskutiert, dass infolge gesteigerter Darmwandpermeabilität (Durchlässigkeit) bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vermehrt Zellwandbestandteile von Bakterien (Endotoxine) und andere Mikrob Bestandteile in die Blutzirkulation gelangen und entzündliche Reaktionen auslösen. Bei etwa sieben Prozent aller Patienten mit Colitis ulcerosa und selten bei Morbus Crohn findet sich eine **primär sklerosierende Cholangitis**.

Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

Die häufigste Begleiterkrankung an Leber und Galle bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stellt die primär sklerosierende Cholangitis (PSC) dar. Es handelt sich um eine Vernarbung

der kleinen in der Leber gelegenen Gallengänge und/oder größerer außerhalb der Leber gelegener Gallengänge. Die Vernarbung mit Einengung der Gallenwege behindert den Gallefluss aus der Leber in den Darm – es entsteht ein Gallestau (Cholestase). Der Gallestau führt zu einem Rückstau des gelben Blutfarbstoffes (Bilirubin) und gallepfichtiger, zum Teil toxischer Ausscheidungsprodukte in die Leber. Zum anderen gelangt zu wenig Gallenflüssigkeit, die der Resorption von Fetten und fettlöslichen Vitaminen dient, in den Darm. Die PSC gehört neben der primär biliären Zirrhose zu den wichtigsten Erkrankungen, die zum chronischen Gallestau führen (chronische cholestatische Lebererkrankungen).

Häufigkeit der PSC und Beziehung zu CED

Die Angaben zur Häufigkeit der PSC sind ungenau und liegen eher zu niedrig, da die zur Diagnostik erforderlichen Untersuchungsmethoden (ERCP) erst seit den 1970er Jahren flächendeckend verfügbar sind. Auch heute noch wird die Diagnose erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung gestellt. Etwa sieben Prozent aller Patienten mit Colitis ulcerosa leiden an einer PSC, umgekehrt liegt bei etwa 80 Prozent aller Patienten mit PSC eine Colitis ulcerosa vor. Die Beziehung zum Morbus Crohn ist seltener, unter ein Prozent. Hierbei sind insbesondere Patienten mit Morbus Crohn betroffen, bei denen eine Dickdarmentzündung vorliegt. Nach unseren derzeitigen Kenntnissen liegt die Prävalenz (Zahl der derzeit mit PSC Erkrankten) in der Bundesrepublik bei 1–5/100.000 Einwohner, das heißt bis zu 4.000 Patienten.



Prof. Dr. Richard Raedsch

Die Dunkelziffer der PSC ist hoch, da im Anfangsstadium nicht alle typischen cholestaseanzeigenden Laborwerte erhöht sein müssen und die beweisenden endoskopischen Verfahren nur zögerlich eingesetzt werden.

Der Arbeitskreis PSC in der Deutschen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung e.V. (DCCV) steht allen Betroffenen mit Rat und Tat

zur Verfügung. Wissenschaftliche Untersuchungen zu Häufigkeit und Verlauf der PSC werden im Rahmen der DCCV-Aktivitäten durchgeführt.

Betroffen sind zweimal häufiger Männer als Frauen, die Erkrankung wird in der Regel im 3.–4. Lebensjahrzehnt diagnostiziert. Die begleitende Colitis ulcerosa ist in der Regel auf das gesamte Kolon [Dickdarm] ausgedehnt und macht häufig wenig klinische Symptome. In den meisten Fällen wird zunächst die Colitis ulcerosa diagnostiziert und erst später die PSC. Die PSC kann der Colitis jedoch auch vorausgehen. Der Verlauf von Gallenwegserkrankung und Colitis ist unabhängig, das heißt, auch nach totaler Kolektomie (operativer Entfernung des Dickdarms), läuft die PSC unbeeinflusst weiter.

Auslösende Ursache der PSC

Die Ursache der PSC ist unbekannt. Nach derzeitiger Hypothese führen immunologische Faktoren, ausgelöst durch eine infektiöse oder toxische Substanz im Darm bei genetischer Bereitschaft zur Krankheitsauslösung in Darm und Leber.

Klinische Symptome

Frühe klinische Symptome, die an eine cholestatische Lebererkrankung denken lassen sollten, sind **Juckreiz und Anstieg der Leberwerte** GGT und alkalische Phos-

Foto: privat

phatase. Sichtbare Gelbfärbung der Haut, lehmfarbene Stühle und dunkler Urin sind spätere Symptome, die auf den gestörten Gallefluss hinweisen. Bei etwa 80 Prozent der Patienten mit PSC lassen sich antineutrophile cytoplasmatische Antikörper (ANCA) nachweisen, ein möglicher Hinweis auf die Immungene der Erkrankung.

Diagnostik

Die Diagnosestellung einer PSC erfolgt mittels der endoskopischen Kontrastmittelfüllung des Gallenwegssystems: ERCP = Endoskopische Retrograde Cholangiopankreatikographie. Die Kontrastdarstellung zeigt die narbigen Einengungen der Gallenwege und ist für die Erkrankung beweisend. Die ERCP kann ähnlich wie eine Magenspiegelung mit kurzer Betäubung auch ambulant durchgeführt werden. Wenn aufgrund der klinischen Symptome und erhöhter Leberwerte der Verdacht auf das Vorliegen einer PSC besteht, sollte mit der Durchführung der endoskopischen Untersuchung nicht gezögert werden. Nur die frühzeitige Diagnosestellung ermöglicht den frühen Einsatz der Behandlung. Eine Leberbiopsie ist für die Diagnosestellung nicht erforderlich, ermöglicht jedoch eine Stadieneinteilung. Je nach histologischem Ausmaß von Leberzellverlust, Bindegewebsbildung und Umbau der Leberarchitektur können histologisch vier Erkrankungsstadien bis hin zur Leberzirrhose unterteilt werden. Nicht-invasive bildgebende Verfahren mit Kernspin (MRCP) befinden sich in wissenschaftlicher Erprobung und können die endoskopische Diagnostik mittels ERCP (noch?) nicht ersetzen.

Natürlicher Verlauf

Die Vernarbung der Gallenwege kann im Laufe der Jahre zunehmen mit den Folgen der Leberzellschädigung durch chronischen Gallestau, Bindegewebeinlagerung (Fibrose) und Entwicklung einer Leberzirrhose. Die derzeitigen Kenntnisse über den zeitlichen Verlauf der Erkrankung sind ungenügend, da in früheren Jahren die Diagnose einer PSC erst im fortgeschrittenen Stadium mit sichtbarer Gelbsucht gestellt wurde. Die Prognose der PSC ist heute infolge Frühdiagnose und den Möglichkeiten einer konsequenten Therapie sehr viel besser als früher angenommen. Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis haben ein erhöhtes Risiko, ein Gallengangskarzinom zu entwickeln. Deshalb ist eine engmaschige ärztliche Kontrolle mit klinischer Untersuchung, Labortests einschließlich CA-19/9-Marker, Ultra-

schall und eventuell CT/Kernspin oder ERCP mit Histologie/Aspirationszytologie erforderlich.

Therapie

Die Behandlung der PSC umfasst die medikamentöse Therapie, endoskopische Aufdehnung von eingengten Gallengangsabschnitten, die Behandlung begleitender Komplikationen und die Lebertransplantation im fortgeschrittenen Stadium.

Medikamente

Die medikamentöse Behandlung der PSC erfolgt mit Ursodeoxycholsäure (UDCS). Die Behandlung mit UDCS (z.B. Chofalk) wird in einer Dosierung von 10–15 mg pro Kilogramm täglich als Dauertherapie ab Diagnosestellung durchgeführt. Falls mit dieser Dosierung, gemessen an der Besserung der Laborwerte (GPT, alkalische Phosphatase, Bilirubin), kein befriedigendes Ergebnis erreicht wird, sollte die Dosierung auf 20–25 mg/kg gesteigert werden.

Die konsequente Therapie verbessert die Langzeitprognose bei PSC, gemessen an der Notwendigkeit einer Lebertransplantation, Entwicklung von Dysplasien im Kolon oder Gallengangskarzinom sowie Überlebensraten.

Ursodeoxycholsäure (z.B. Ursofalk) ist eine physiologisch vorkommende Gallensäure, die als Medikament sehr wirkungsvoll bei cholestatischen Lebererkrankungen eingesetzt wird. Diesen cholestatischen Lebererkrankungen ist gemeinsam, dass zunächst eine z.B. immunologische Störung zur Ausbildung einer Cholestase führt und sekundär als Cholestasefolge die Anhäufung toxischer Substanzen wie einiger endogener Gallensäuren zur Schädigung des Lebergewebes beiträgt. Die Verabreichung der Ursodeoxycholsäure führt bei diesen cholestatischen Erkrankungen zur Abnahme der endogenen, zum Teil toxischen Gallensäurenmetabolite. Darüber hinaus besitzt Ursodeoxycholsäure eine direkte protektive Wirkung auf die Leberzellmembran durch Blockierung von Gallensäurenrezeptoren oder Einbau von Ursodeoxycholsäure in die Leberzellmembran. Neueste Ergebnisse haben darüber hinaus gezeigt, dass Ursodeoxycholsäure die Cholestase-bedingte Expression von HLA Klasse-I- und -II-Antigenen² auf den Gallengangsepithelien³ und Hepatozyten vermindern kann und somit auch Einfluss auf das Immunsystem hat. Darüber hinaus werden die Transportmechanismen in der Leberzellmembran stimuliert.

Ursodeoxycholsäure ist zur Behandlung der

primär biliären Zirrhose zugelassen. Sie sollte nach einer Konsensus-Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) 1997 bei Patienten mit PSC als Dauermedikation auch in Spätstadien bis zu einem Bilirubinwert von 10 mg % eingesetzt werden. Andere Medikamente wie Kortison, Colchicin oder Methothrexat sind außerhalb von klinischen Studien nicht indiziert.

Endoskopische Behandlung

Zusätzlich zur medikamentösen Therapie mit Ursodeoxycholsäure sollten endoskopisch erreichbare hochgradige Gallengangsstenosen aufgedehnt und eventuell vorübergehend mit einer inneren Drainage versorgt werden (Gallengangsstent). Wie eine kürzlich publizierte Arbeit zeigen konnte, führt die kombinierte konsequente medikamentöse und, falls erforderlich, endoskopische Behandlung zur entscheidenden Besserung des Krankheitsverlaufs und des Überlebens.

Lebertransplantation

Im Endstadium der PSC stellt die Lebertransplantation die Therapie der Wahl dar. Die Transplantation ist angezeigt bei Vorliegen einer Leberzirrhose mit gestörter Leberfunktion, häufigen bakteriellen Infektionen in gestauten Gallengangsabschnitten, fortgeschrittener Vernarbung der Gallengänge oder Verdacht auf Entwicklung eines Gallengangskarzinoms.

Die Erfolgsraten der Lebertransplantation sind für Patienten mit PSC ebenso wie bei primär biliärer Zirrhose sehr günstig mit Überlebensraten über 80 Prozent nach fünf Jahren.

Krebsrisiko

Insgesamt stehen heute wirkungsvolle Therapieprinzipien zur Behandlung der PSC zur Verfügung. Wesentlich ist die frühzeitige Veranlassung der wegweisen Diagnostik (ERCP) bei klinischen Hinweisen auf Lebererkrankung wie GGT-Erhöhung. Nur die frühzeitige Diagnosestellung ermöglicht die wirkungsvolle konsequente Behandlung.

Das Karzinom-Risiko ist bei Patienten mit ausgedehnter Colitis ulcerosa erhöht. Einige publizierte Studien zeigen eine Verminderung des Risikos für Kolon-Karzinome bei konsequenter Behandlung der Colitis ulcerosa mit Sulfasalazin und 5-Aminosalicylsäure-Präparaten.

Bei gleichzeitigem Bestehen einer Colitis ulcerosa und PSC ist das Risiko eines Kolon-Karzinoms zusätzlich erhöht. Eine erste

Publikation berichtet über eine Abnahme des Karzinom-Risikos bei Patienten mit Colitis ulcerosa und PSC unter Ursodeoxycholsäure-Behandlung.⁴

Der Arbeitskreis PSC in der DCCV e.V. steht allen Betroffenen mit Rat und Tat zur Verfügung (www.dccv.de).

Prof. Dr. Richard Raedsch
Medizinische Klinik II
St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Die in eckigen Klammern angegebenen Begriffe sind Ergänzungen der Redaktion.

- 1 Zytokine und TNF α sind Botenstoffe und Entzündungsvermittler
- 2 Antigene sind Auslöser von Antikörperentstehung
- 3 Innere Hautschicht der Gallengänge
- 4 Tung et al. *Annals Internal Medicine* 134, 89–95, 2001

Therapie der chronischen Hepatitis B

In Heft 2/2003 der „Lebenslinien“ haben wir zuletzt über die Therapierung der chronischen Hepatitis B berichtet. Inzwischen stehen noch weitere Therapieoptionen zur Verfügung; ab 2005 werden wahrscheinlich nochmals zusätzliche Medikamente zugelassen werden. Darüber berichtet dieser Artikel. Therapieziel ist in erster Linie die Umwandlung einer hoch-aktiven in eine niedrig-aktive Hepatitis B mit relativ guter Langzeitprognose.

Einleitung

In Deutschland findet sich eine Prävalenz der chronischen Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) von 0,6 Prozent, was einer Zahl von ca. 500.000 Patienten entspricht. Eine chronische HBV-Infektion wird durch den Nachweis von HBs-Antigen über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten definiert. Die Mehrzahl der Patienten weist eine niedrig aktive (niedrig-replikative) Form einer chronischen Hepatitis B auf, bei der nur ein sehr geringes Risiko für die Entwicklung einer Leberzirrhose und/oder eines Leberzellkarzinoms besteht. Eine regelmäßige Kontrolle dieser Patienten in ca. 1/2- bis 1-jährlichen Abständen ist aber notwendig, da ein Anstieg der Aktivität und damit die Notwendigkeit einer Behandlung möglich ist. Das Ziel einer Therapie einer hoch-aktiven chronischen Hepatitis B ist die möglichst dauerhafte Überführung in eine niedrig-aktive Form. Eine vollständige Ausheilung (Entwicklung von anti-HBs Antikörpern) wird durch eine antivirale Therapie bei der chronischen Hepatitis B nur sehr selten erreicht. Das Erreichen des Therapieziels einer Umwandlung einer hoch-aktiven in eine niedrig-aktive chronische Hepatitis B ist allerdings bereits mit einer guten Langzeitprognose verbunden.

Aktivität der chronischen Hepatitis B

Ein wichtiger Parameter zur Beurteilung der Aktivität einer chronischen HBV-Infektion stellt die Höhe der HBV-DNA-Konzentration im Serum dar. Bei einer Hepatitis-B-Viruslast von weniger als 100.000 Kopien/ml liegt in der Regel eine niedrig-repli-

kative (niedrig-aktive) Hepatitis B vor, während bei einer Konzentration mit mehr als 100.000 Kopien/ml eine hoch-replikative (hoch-aktive) Hepatitis B mit typischerweise begleitend erhöhten Leberwerten diagnostiziert werden muss. Bei der hoch-replikativen chronischen Hepatitis B besteht ein erhebliches Risiko für die Entwicklung der oben genannten

Komplikationen und damit eine Indikation für die Durchführung einer antiviralen Therapie. Allerdings ist die HBV-DNA-Viruskonzentration kein absolutes Maß für die Aktivität einer chronischen HBV-Infektion. So können auch Patienten mit beispielsweise 80.000 Kopien/ml HBV-DNA im Serum oder auch noch niedrigeren HBV-DNA-Konzentrationen erhöhte Leberwerte aufweisen. In diesen Fällen kann eine antivirale Therapie durchaus auch indiziert sein. Neben der HBV-DNA-Konzentration und den Leberwerten ist auch die entzündliche Aktivität und der fibrotische Umbau in der Leberhistologie nach Durchführung einer Leberpunktion von Bedeutung für die Einschätzung der Aktivität einer chronischen HBV-Infektion.

Zur Therapie der chronischen Hepatitis B stehen einerseits Interferon- α und andererseits direkt antivirale Medikamente sowie eine Kombination beider Substanzen zur Verfügung. Bei der Beurteilung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten wird aufgrund des unterschiedlichen Verlaufs eine Differenzierung zwischen HBe-Anti-



Dr. med. Christoph Sarrazin

gen positiven (HBeAg pos.) und negativen Formen (HBeAg neg.) der chronischen Hepatitis B vorgenommen.

(PEG)-Interferon-alfa

Bei einer 1/2- bis 1-jährigen Therapie mit Standard-Interferon- α konnte bisher bei ca. 1/3 der HBeAg pos.-Patienten eine Serokonversion von HBeAg zu anti-HBe und damit eine dauerhafte Um-

wandlung von einer hoch- in eine niedrig-replikative Form erreicht werden. Bei HBeAg neg.-Patienten waren ebenfalls gute initiale Ansprechraten auf Interferon- α beobachtet worden, die jedoch in einem hohen Prozentsatz nach Therapieende von einem Rückfall gekennzeichnet waren. Durch die Einführung der pegylierten (Langzeit)-Interferone konnten die Ansprechraten der Behandlung sowohl bei HBeAg pos.- als auch HBeAg neg.-HBV-Mutanten verbessert werden. Bei Patienten mit einer HBeAg pos.-Mutante konnte 24 Wochen nach einer 52-wöchigen Therapie mit PEG-Interferon- α 2b ein Verlust des HBeAg und eine Normalisierung der Leberwerte in 35 Prozent der Fälle nachgewiesen werden. Unter einer 48-wöchigen Behandlung mit PEG-Interferon- α 2a bei HBeAg neg.-Patienten war 24 Wochen nach Therapieende bei 43 Prozent der Patienten die HBV-DNA-Konzentration unter 20.000 Kopien/ml. In beiden Studien war eine zusätzliche Therapie mit Lamivudin trotz steilerem Abfall der HBV-DNA unter der Gabe von Lamivudin

Foto: privat

nicht mit höheren Ansprechraten am Ende der Verlaufsbeobachtung assoziiert. Bei Patienten mit einer HBeAg-pos. chronischen Hepatitis B war der Behandlungserfolg ganz wesentlich vom Hepatitis-B-Genotyp abhängig. Bei den in Deutschland am häufigsten vorkommenden Genotypen A und D fand sich ein dauerhaftes Ansprechen mit Verlust des HBeAg in 47 Prozent bzw. 25 Prozent der Fälle. Da ein Wiederanstieg der Erkrankungsaktivität auch nach einem 24-wöchigen Verlauf nach Therapieende durchaus möglich ist, müssen die langfristigen Ansprechraten der PEG-Interferon-Therapie der chronisch aktiven Hepatitis B noch abgewartet werden, bevor eine allgemeine Therapieempfehlung zugunsten einer PEG-Interferon-basierten Therapie gegeben werden kann.

Therapie bei Infektion nach Ltx

Eine Therapie mit (pegyliertem) Interferon-alfa ist grundsätzlich auch bei Patienten nach einer Lebertransplantation möglich (z.B. bei der chronischen Hepatitis C). Für die Behandlung der Hepatitis-B-Infektion unter einer Lebertransplantation kommen jedoch Therapiestrategien mit dem Ziel der Verhinderung einer Reinfektion des Lebertransplantats zum Einsatz. Im Falle einer aktiven Hepatitis-B-Infektion nach Lebertransplantation stehen als Alternative zu Interferon-alfa nebenwirkungsärmere, direkt antivirale Medikamente zur Verfügung.

Nukleos(t)idanaloga

Eine Therapie mit dem Nukleosidanalogen Lamivudin führt bei einer kontinuierlichen Fortführung ebenfalls in ca. 1/3 der Fälle zu einer Serokonversion von HBeAg zu antiHBe, wobei über ca. acht Monate nach Serokonversion hinaus weiter behandelt werden sollte. Bei Patienten mit HBeAg-negativen HBV-Mutanten kommt es unter der häufig als Dauertherapie durchgeführten Gabe von Lamivudin ebenfalls in mehr als 80 Prozent der Fälle zu einem signifikanten Abfall der HBV-DNA. Ein limitierender Faktor der Lamivudintherapie ist allerdings die Entwicklung von resistenten HBV-Mutanten, die im Durchschnitt bei 50 Prozent der Patienten nach ca. zwei Jahren auftreten. Ein molekularer Nachweis der zugrunde liegenden Mutationen (YMDD u.a.)¹ ist ca. ein Jahr vor dem klinischen Auftreten der Resistenz mit Anstieg der HBV-DNA und der Leberwerte möglich. Seit April 2003 ist das Nukleotidanalogen Adefovir dipivoxil zur Therapie der chroni-

schon Hepatitis B zugelassen. Adefovir ist auch bei Lamivudin-resistenten Mutanten wirksam. Nach einer 96-wöchigen Therapie mit Adefovir bei HBeAg-pos. und neg. chronischer Hepatitis B kam es zu einer Suppression der HBV-DNA-Konzentration unter 100.000 Kopien/ml bei 88 Prozent der Patienten, die mit einer Normalisierung der Leberwerte und einer signifikanten Verbesserung der Leberhistologie einherging. Die Daten zu einer Resistenzentwicklung unter einer Adefovirtherapie beruhen bisher auf einer kleinen Kohorte von 144 Patienten, die über insgesamt drei Jahre mit einer Adefovirmonotherapie behandelt wurden. Dabei kam es in 5,9 Prozent der Fälle zur Entwicklung von resistenten Mutanten. Damit scheinen Adefovir-resistente Mutanten im Vergleich zur Lamivudintherapie seltener vorzukommen. Darüber hinaus waren die Adefovir-resistenten Mutanten wiederum empfindlich gegenüber einer Behandlung mit Lamivudin. Allerdings müssen langfristige Daten von größeren Patientengruppen abgewartet werden, bevor die Häufigkeit einer Resistenzentwicklung gegenüber einer Adefovirtherapie abschließend beurteilt werden kann.

Anfang des Jahres 2005 werden vermutlich zwei weitere, direkt antivirale Substanzen für die Behandlung der chronischen Hepatitis B zugelassen werden: Telbivudin und Entecavir. Beide Substanzen wiesen in den bisher durchgeführten Studien eine hohe antivirale Aktivität mit Senkung der HBV-DNA-Konzentration um 6 bis 7 Zehnerpotenzen (log-Stufen) auf. Ebenfalls bei beiden Substanzen wurden lediglich geringe Nebenwirkungen beobachtet. Für Telbivudin fand sich eine Resistenzentwicklung in 4,5 Prozent der Fälle nach einer 52-wöchigen Behandlung. Entsprechende Daten liegen für Entecavir bisher nicht vor. Ebenfalls kann zu möglichen Kreuzresistenzen der neuen Substanzen untereinander als auch gegenüber den zugelassenen Medikamenten (Lamivudin, Adefovir) noch keine genaue Aussage gemacht werden. In jedem Fall aber werden sich die therapeutischen Möglichkeiten durch die Zulassung dieser und weiterer direkt antiviraler Substanzen in der nächsten Zukunft erweitern.

Einsatz vor und nach Ltx

Ein wesentlicher Vorteil der direkt antiviralen Medikamente (Lamivudin, Adefovir) im Vergleich zur Interferontherapie ist die Möglichkeit des komplikationslosen Einsatzes beider Substanzen auch bei Patien-

ten mit einer bestehenden Leberzirrhose bzw. nach Lebertransplantation. Aufgrund der selteneren Resistenzentwicklung wird vor einer geplanten Lebertransplantation die Gabe von Adefovir bevorzugt. Dadurch kann vor der Lebertransplantation die HBV-DNA-Replikation supprimiert werden. Bei sehr niedrigen bzw. nicht nachweisbaren HBV-DNA-Konzentrationen vor der Lebertransplantation kann durch eine Fortführung der Behandlung mit z.B. Adefovir und der zusätzlichen Gabe von Hepatitis-B-Immunglobulinen eine aktive HBV-Infektion des Lebertransplantats in über 90 Prozent der Fälle mit einer entsprechend guten Prognose im Verlauf verhindert werden.

HBV-Genotypen

Eine molekulare Charakterisierung von Hepatitis-B-Genotypen (A-G) in Analogie zur Hepatitis C hat eine unterschiedliche geographische Verteilung der HBV-Genotypen aufgezeigt, wobei in Mitteleuropa und Deutschland am häufigsten die Genotypen A und D gefolgt von C vorkommen. Die Bedeutung der unterschiedlichen Genotypen wird gegenwärtig untersucht. In ersten Studien zeigt sich ein häufigeres Vorkommen des Genotyp D bei HBeAg neg.-Mutanten sowie eine Assoziation einer hohen HBV-DNA-Konzentration mit dem Genotyp A. Bei einer Genotyp-B-Infektion wurden gehäuft hepatozelluläre Karzinome beobachtet, während der Genotyp C mit einer erhöhten nekroinflammatorischen Aktivität einhergehen soll. Auch für die Therapie haben die Genotypen eine Bedeutung, da beispielsweise der Genotyp A ca. doppelt so häufig auf eine Therapie mit Interferon bei HBeAg-positiven Patienten anspricht als der Genotyp D. Bei einer Behandlung mit Lamivudin finden sich vorläufige Daten mit höheren Ansprechraten bei einer Genotyp-D- im Vergleich zu einer Genotyp-A-Infektion. Unter der Gabe von Adefovir konnten bislang keine genotyp-spezifischen Unterschiede der Ansprechraten nachgewiesen werden.

*Priv. Doz. Dr. med. Christoph Sarrazin
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Innere Medizin II
Homburg/Saar*

¹ YMDD stellt den Aminosäuren-Einbuchstabenkode (Tyrosin, Methionin, Aspartat, Aspartat) für die mutierte Sequenz in einer bestimmten (der häufigsten) Lamivudin-resistenten HBV-Mutante dar.

Viel Wärme, trotz äußerer Kälte

Zentralveranstaltung am Tag der Organspende 2004 in Bamberg

Schon von weitem ist der mächtige Dom auf dem Hügel über der Regnitz in Bamberg zu sehen. An diesem 5. Juni 2004 war er für viele ein sehens- und erlebenswertes Ziel, keineswegs nur aus kulturellem oder touristischem Interesse. Anziehungspunkt in der dreischiffigen Basilika war auch nicht der berühmte Bamberger Reiter, der seit Anfang des 13. Jh. hoch oben an einer Säule steht, und auch nicht das Grab Heinrichs II. und seiner Kunigunde, sondern ein Dankgottesdienst anlässlich des Tages der Organspende, zu dem unser Verband eingeladen hatte. Und trotz des wenig einladenden, ja spürbar unterkühlten Wetters waren viele gekommen, so an die 400 nahmen am Ökumenischen Gottesdienst mit Weihbischof Werner Radspieler und Pfarrerin Barbara Roßner aus Heidelberg teil. Organisiert und vorbereitet hatten diese Zentralveranstaltung mit einem Symposium unsere Ansprechpartner Herbert Schreurs, Jutta Riemer und Dieter Bernhardt.

Nach einem Orgelspiel, intoniert von Domorganist Markus Willinger, wurde der Wortgottesdienst mit anschließender Tauffeier eröffnet und musikalisch begleitet vom Gospelchor der Bayreuther Studentengemeinden mit dem Song „Let my Light ...“. Links unterhalb des Altarraums stand eine blaue Stellwand mit einem Fisch, dessen Bedeutung und Sinn bald allen klar wurde.

Weihbischof Radspieler begrüßte die Gottesdienstgemeinschaft, die sich dieses Mal aus Teilnehmern von überall her zusammensetzte, vorwiegend Organtrans-

plantierten mit ihren Angehörigen und Freunden, vielleicht auch Tagesbesuchern, die – neugierig gemacht – bei ihrem Dombesuch dabei geblieben sind. Zitat von Bischof Kamphaus: „Kein Mensch verfügt darüber, was er ist, wir sind allemal Empfänger. Der Grund unseres Lebens und was wir sind liegt bei Gott!“

In ihrer Ansprache griff Pfarrerin Roßner – uns allen von vielen Begegnungen her bekannt – das Evangelium nach Lukas 5 vom wunderbaren Fischfang auf und erzählte die Parabel von Swimmy, dem kleinen Fisch. Dieser hatte die Idee, alle sollten

sich zu einem großen Fisch(schwarm) zusammenschließen, um so miteinander stark zu sein und die Feinde abzuschrecken. In der späteren Symbolhandlung wurde diesem Fisch Gestalt gegeben: jeder Teilnehmer steckte seinen kleinen gelben oder roten Fisch an die Pinnwand. Swimmy schließlich bildete als kleiner schwarzer Fisch das Auge. Und jeder durfte sich einen Holzfisch zur Erinnerung und zum Weiterverschenken mitnehmen. Ein Symbol schließlich für unsere Gemeinschaft, die nur durch ihren Zusammenschluss etwas bewirken kann.

Die Fürbitten wurden von Betroffenen vorgetragen. Edwin Maier, dem ein neues Herz das Überleben ermöglichte, Franz Gläser, der nach langjähriger Dialyse eine neue Niere von seiner Mutter bekam. Angelika Fiebig, die durch eine Organspende aus Prag weiterleben durfte, sie dankte auf tschechisch und auf deutsch. Brigitte Sauer, die auf eine Spenderniere wartet und Familie Schaudack, deren Sohn Louis neun Tage nach seinem 4. Geburtstag durch eine neue Leber weiterleben durfte.

Gedankt und gedacht wurde den Transplantations- und Spenderkrankenhäusern mit ihren Teams, den Angehörigen der Organspender, den Lebendspendern und allen, die sich in Krankenkasse, Ämtern und in der Politik für die Organspende und Transplantation einsetzen. Und schließlich auch den Mitgliedern in den Selbsthilfegruppen, die anderen beistehen. Gemein-

Fotos: Dieter Bernhardt





Der kleine Jenik wird getauft.

sam wurde das Vater unser gesprochen, gefolgt durch den Gospelchor mit „I want to be a Follower of Christ“.

Eine nicht alltägliche Tauffeier, die sehr anrührte, rundete den Gottesdienst ab. Jenik Lukas, der zweijährige lebertransplantierte Junge aus Weiden, empfing das Sakrament der Taufe durch Weihbischof Radspieler. Es nahmen neben den Eltern seine Geschwister, der Taufpate und viele Verwandte in großer Zahl teil (s. a. Bericht auf S. 9). Zum Abschluss ertönte aus vollen Herzen das „Großer Gott wir loben Dich“.

Die Gospelsänger ließen zum Auszug ihr AMEN ertönen, die Gottesdienstteilnehmer schlossen sich ihnen an.

Draußen empfing die Teilnehmer nicht etwa der sehnlich erhoffte warme Sonnenschein, sondern eiskalter Regen. So strebte man eilig dem geheizten Bamberger Konzert- und Kongresszentrum zu, um beim Mittagessen an den runden Tischen nicht

nur den Hunger und Durst zu stillen, sondern auch mit anderen zu reden. Viele hatten sich schon lange nicht mehr gesehen, andere machten neue Bekanntschaften. Auch dies war ein positiver Effekt dieser Zentralveranstaltung.

Im Foyer waren Infostände des Vereins, des Dialyseverbands und der Pharmaindustrie aufgebaut, an denen man sich mit aktuellen Informationen, Videofilmen, CD-ROMs und Broschüren versorgen konnte.

Das Nachmittagsprogramm, ein sog. Symposium, bot schließlich Informationen verschiedener Art zum Themenkreis Transplantation und Organspende.

Informationen, Impulse und Appelle

Eröffnet wurde dieser informative Teil im Hegelsaal durch die Vorsitzende Jutta Riemer mit ihrem Dank an die Organisatoren, die Sponsoren und nicht zuletzt die Redner an diesem Samstag Nachmittag. Ein

Grußwort vom Oberbürgermeister schloss sich an. Musikalisch umrahmt wurde das Symposium wieder von den Gospelsängern der Bayreuther Studentengemeinden.

Jutta Riemer ergriff erneut das Wort, um daran zu erinnern, dass die Transplantationsmedizin heute allgemein anerkannt sei, die meisten Menschen würden sich, falls notwendig, auch transplantieren lassen. Nur geht dies eben nicht ohne ausreichende Organspenden; die Wartezeit auf eine Niere beträgt z. Zt. sieben Jahre. Die Brücke und das Motto der Tagung „Von Mensch zu Mensch“ seien ein Symbol und Hinweis auf die notwendige Solidarität. Viele Menschen würden sich für die Patienten einsetzen, sei es auf den Intensivstationen, seien es die DSO-Mitarbeiter, die Seelsorger und Psychologen und alle, die auf andere Weise mitwirken. Nicht zuletzt dankte sie den Sponsoren, die diesen Tag auch finanziell ermöglichten.

Nierenerkrankungen:

Es kann jeden treffen.

Chefarzt Dr. C. Grupp vom Klinikum Bamberg sprach als erster zum Auditorium und er bekundete seine Hochachtung vor dieser würdigen Veranstaltung und das Engagement bei der Organspendeaufklärung. In seinem Referat „Nierenerkrankungen – wen kann es treffen?“ ließ er deutlich werden, dass dies jeder sein könnte. Kaiser Heinrich der II., der Gründer des Bamberger Domes, sei schon nierenkrank gewesen. Eine zunehmende Ursache einer Nierenerkrankung sei eine Diabetes. Deshalb ist eine optimale Einstellung des Diabetikers unerlässlich, um ihn vor einem Nierenversagen zu bewahren. Weitere Ursachen einer Nierenerkrankung seien Medikamente, vor allem Schmerzmittel und Immunsuppressiva. Die Nierentransplantation ist die bestmögliche medizinische Rehabilitation, verbunden mit erheblichen sozialen und ökonomischen Vorteilen.

10 Jahre Erlanger Erfahrungen mit Lebertransplantationen

Dr. V. Müller, ein Arzt des Erlanger Transplantationsteams, berichtete über die zehn Jahre Erfahrungen mit Lebertransplantationen, die man am Erlanger Klinikum gesammelt hatte. Er ließ in seinem allumfassenden Vortrag mit vielen Operationsbildern keinen Aspekt des heutigen chirurgischen Könnens und Wissens bei Lebertransplantationen aus. Zuvor ging er kurz auf die Geschichte der Organverpflanzungen ein, bei Lebern begann sie durch Prof. Starzl in den USA. Seit 1983

sei sie in unserem Land Standardtherapie. Im Jahr 2003 habe Erlangen 19 Lebern verpflanzt.

Das große Ziel: „Jeder ist bereit, jeder macht mit, allen wird geholfen“

Der neue Geschäftsführer der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und erfahrene und sehr engagierte ehemalige Transplantationschirurg an der Universitätsklinik Freiburg, Prof. Dr. G. Kirste, ging in seinem abschließenden Referat auf die aktuelle Situation der Organspende ein.

Zu allen Referaten beantworteten die Referenten eine Reihe von Fragen.

Mit einer Kaffeestunde und Gesprächen an den Tischen schloss für die meisten Teilnehmer dieser reich gefüllte Tag. Eini-



Prof. Dr. G. Kirste, DSO

ge jedoch nutzten die Gelegenheit, die Schönheiten Bambergs etwas näher kennen zu lernen und nahmen am Sonntag an einer Stadtführung teil. Vielleicht probierte der eine oder andere auch das berühmte „Schlenkerla Rauchbier“?

Insgesamt wieder einmal eine Begegnung mit viel Wärme, trotz äußerer Kälte. Die Transplantierten bilden eine Schicksalsgemeinschaft, die sich nicht bequem nach erfolgreicher Operation zurücklehnt, sondern ihre Dankbarkeit gegenüber ihren Organspendern erfüllt und ihre moralische Verpflichtung, auch für andere Betroffene da zu sein.

Josef Theiss

Das große Ziel: „Jeder ist bereit, jeder macht mit, allen wird geholfen“

Zusammenfassung des Vortrags von Professor Dr. med. Günter Kirste, Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Neu-Isenburg, anlässlich des Symposiums in Bamberg zum diesjährigen Tag der Organspende am 5. Juni 2004.

Derzeit stehen fast 12.000 schwer kranke Menschen auf der Warteliste für ein Spenderorgan wie Lunge, Leber, Herz, Niere oder Bauchspeicheldrüse. Fast 9.500 davon warten auf eine Niere, rund 1.500 auf eine Leber. Im vergangenen Jahr konnten insgesamt 4.167 Transplantationen (inklusive Lebendspende) durchgeführt werden – der Bedarf an gespendeten Organen für eine lebensrettende Transplantation wird jedoch bei Weitem nicht gedeckt. Mindestens 5.500 Nieren und 1.300 Lebern müssten jedes Jahr gespendet werden, um die notwendige Zahl an lebensrettenden Organen zur Verfügung stellen zu können. Zurzeit beträgt die Wartezeit auf eine Niere fünf bis sechs Jahre, für eine Leber mehr als ein Jahr. Der Transplantationserfolg ist jedoch umso gefährdeter, je mehr Zeit zwischen Erkrankung und der Transplantation liegt. Eine zeitnahe Behandlung aller Patientinnen und Patienten auf der Warteliste ist deshalb nicht nur wünschenswert, sie ist für diese Menschen überlebenswichtig. Alle Beteiligten aus der Politik, der Medizin und der Bevölkerung sind somit aufgefordert,

sich dafür zu engagieren, dass allen Patientinnen und Patienten auf der Warteliste die lebensrettende Transplantation zeitnah ermöglicht werden kann.

Die Organspendezahlen sind im vergangenen Jahr um elf Prozent gestiegen. Bundesweit spendeten 14 Menschen pro Million Einwohner ihre Organe nach dem Tode, damit liegt Deutschland im europäischen Vergleich jedoch nur im unteren Mittelfeld. Organspende ist eine im Transplantationsgesetz festgeschriebene gemeinsame Aufgabe der Krankenhäuser, der Transplantationszentren und der DSO. Die Mitarbeit der Krankenhäuser an der Gemeinschaftsaufgabe ist in den vergangenen Jahren zwar gestiegen, aber immer noch beteiligen sich rund 50 Prozent aller Kliniken mit Intensivstation nicht daran. Nur wenn in allen Krankenhäusern alle Menschen, die am Hirntod verstorben sind, als mögliche Organspender an die DSO gemeldet werden, kann die DSO ihrer Aufgabe als bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende erfüllen.

Darüber hinaus überprüft die DSO gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern kontinuierlich die medizinischen Voraussetzungen und Kriterien für eine Organspende, um die Zahl der transplantablen Organe weiter zu erhöhen. So konnten zum Beispiel in den vergangenen Jahren zunehmend auch die Organe von älteren Menschen erfolgreich entnommen und transplantiert werden. Die Weiterentwicklung aller medizinischen Standards rund um die Organspende ist damit ein weiterer Ansatzpunkt, um den Organmangel in Deutschland zu beheben.

Ansprechpartnerinnen für den Kontakt zu Herrn Prof. Kirste:

Ilja Stracke / Claudia Hagel
Deutsche Stiftung Organtransplantation
Presse und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon: 0 6102/30 08-396 oder -314
E-Mail: ilja.stracke@dso.de
claudia.hagel@dso.de

Wo, bitte, gibt es einen Organspendeausweis?

Eine Studie der BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) besagt, dass Menschen, die eine überwiegend positive Haltung zur Organspende haben, dann einen Organspendeausweis ausfüllen, wenn sie direkt einen zur Verfügung haben. Neben vielen anderen Faktoren ist also die zuverlässige Präsenz des Spendeausweises eine der Möglichkeiten, den Organmangel zu mindern.

Aber wo findet man den Ausweis?

Diese Frage hören wir als Betroffene immer wieder. Gerne würden wir hier antworten: „Selbstverständlich in jeder Apotheke, bei Ihrem Arzt und im Krankenhaus.“

Aber wie sieht die Realität aus?

Apotheken, die Spenderausweise vorhalten oder sogar offen im Laden platzieren, kann man suchen wie die Nadel im Heuhaufen. Fragt man nach, heißt es oftmals: „Ich schau mal nach ...“, „Da hatten wir mal was ...“, „Eigentlich müssten wir das haben ...“ Dies sind die harmloseren Varianten. So richtig Unverständnis und Ärger kommen auf, wenn man Erwidierungen bekommt, wie mir vor kurzem widerfahren: „Ach lieber nicht, damit verschrecken wir ja die Kunden“ oder in einem Krankenhaus, das sicher auch immer wieder Patienten zur Transplantation überweist: „Ach nein, das wollen wir hier nicht, dann bekommen die Patienten ja Angst zu uns zu kommen.“

Es geht auch anders!

Dass es auch anders geht, beweist Apothekerin Meike Ruckes in Bretzfeld mit ihrem Team. Seit Jahren hat sie konsequent Organspendeausweise im Aufsteller, für die Kunden gut sichtbar, in ihrer Apotheke stehen. Ein Stück vom Schaufenster ist fest reserviert für das jeweils aktuellste Plakat zur Organspende-Aufklärung. Im Namen der Betroffenen ein Dankeschön an das Team Ruckes und an alle Apothekenteams, die hier ebenso konsequent Organspendeinformation vorhalten.

Nicht nachlassen!

Dieses Beispiel soll Sie, liebe Leser, motivieren, auch weiterhin in Apotheken, bei Ärzten, Banken usw. vorzusprechen und zu bitten, Aufsteller mit Ausweisen platzieren zu dürfen. Kleben Sie den Aufkleber mit der Nachbestellhotline innen in den Aufsteller. (Die Aufkleber kann man, ebenso wie Infomaterial, Aufsteller und Ausweise, unter 0800 90 40 400 kostenfrei bestellen!). Motivieren Sie zum Nachbestellen, damit nicht nur dort Ausweise stehen, wo wir Betroffene die Bestände pflegen.

Foto: privat



Jutta Riemer

Meike Ruckes und ihr Team klären seit vielen Jahren zum Thema Organspende auf

Entscheiden Sie sich zum Thema
Organspende und sprechen
Sie mit Ihrer Familie darüber.

*Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen*

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

BZgA Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

Organspende
schenkt Leben.

Kostenlose Auskunft erhalten Sie beim Infotelefon Organspende der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation unter der Telefonnummer 0800 / 90 40 400.

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

BZgA Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

Organspende
schenkt Leben.

Kostenlose Auskunft erhalten Sie beim Infotelefon Organspende der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation unter der Telefonnummer 0800 / 90 40 400.

Noch Fragen?

Infotelefon
Organspende
0800 / 90 40 400
Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

BZgA Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung **DSO**

Organspende: Kein Grund zur Entwarnung

In Heft 2/2003 der „Lebenslinien“ haben wir unter dem Titel „Lebertransplantation in Deutschland: Wie geht es weiter?“ über den rückläufigen Trend der Organspende in Deutschland berichtet.¹ Dann kam das Jahr 2003 mit relativ starker Zunahme der Spenderzahlen: 1.140 gegenüber 1.029 im Jahr 2002. Der Zuwachs war zwar erfreulich, stellte jedoch in längerfristiger Perspektive lediglich eine gewisse Normalisierung dar. Mit 1.140 Organspendern wurde nur knapp der Durchschnitt der Jahre 1991–93 erreicht (nicht aber die Zahl des Jahres 1991 mit 1.206 Spendern). **Leider ist im ersten Halbjahr 2004 mit 528 Spendern (2003/I: 584) wieder ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen** (siehe auch Tabelle).

Anzahl der postmortalen Organspender/-spenden, 1998–2004/I

	Durchschnitt 1998–2002	2002	2003	2003/I	2004/I
Postmortale Organspender	1.056	1.029	1.140	584	528
Postmortale Organspenden	3.227	3.169	3.496	1.808	1.699

Quelle: DSO; eigene Berechnungen

Die Mehrorganentnahmen haben von durchschnittlich 2,8 pro Spender Anfang der 1990er Jahre auf etwa 3,1 Spenden in den letzten Jahren zugenommen; im 1. Halbjahr 2004 wurden sogar 3,2 erreicht, so dass der Rückgang der Spenderzahlen nicht in vollem Umfang auf die Gesamtzahl der postmortalen Organspenden durchschlägt.

Angesichts dieser Situation besteht keinerlei Anlass zur Entwarnung: Spenderorgane sind weiterhin Mangelware. Im Gegenteil: Alle möglichen Auswege müssen weiterhin aktiv verfolgt werden.

(Siehe dazu auch den Bericht über das Arzt-Patienten-Seminar in Tübingen in diesem Heft)

Ulrich R. W. Thumm

¹ Der anhand von mehrjährigen Durchschnittszahlen dokumentierte Trend ist sogar noch etwas negativer verlaufen. Die Durchschnittszahl der Organspender in den Jahren 1991–93 betrug sogar 1.147, nicht 1.124 wie im zitierten Artikel berichtet.

Entscheiden Sie sich zum Thema
Organspende und sprechen
Sie mit Ihrer Familie darüber.

*Organspendeausweis ausschneiden und ausgefüllt
bei den Personalpapieren tragen*

Für den Fall, daß nach meinem Tod eine Spende von Organen/Gewebe in Frage kommt, erkläre ich:

- ☐ JA, ich gestatte, daß nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden.
- ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:
- ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:
- ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Gewebe zur Transplantation.
- ☐ Ich habe die Entscheidung übertragen auf:

Name, Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Ort

Anmerkungen/Besondere Hinweise

Datum

Unterschrift

Für den Fall, daß nach meinem Tod eine Spende von Organen/Gewebe in Frage kommt, erkläre ich:

- ☐ JA, ich gestatte, daß nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden.
- ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:
- ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:
- ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Gewebe zur Transplantation.
- ☐ Ich habe die Entscheidung übertragen auf:

Name, Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Ort

Anmerkungen/Besondere Hinweise

Datum

Unterschrift

Noch Fragen?

Infotelefon

Organspende
0800/90 40 400

Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

BZgA

Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

DSO

Einstellung der Bevölkerung zur Organspende

Institut Allensbach veröffentlicht 2004 neue Ergebnisse

Besitz eines Organspendeausweises

Die Zahl der Besitzer eines Organspendeausweises wird nur sehr langsam größer. Waren es Anfang der 1990er Jahre nur 5%, sind es inzwischen lt. Institut für Demoskopie Allensbach 8%. Auf die Frage: „Haben Sie schon einmal ernsthaft daran gedacht, sich einen Organspendeausweis zu besorgen oder kommt das für Sie nicht in Frage?“, stellte es sich heraus, dass 38% unentschieden, 23% schon ernsthaft daran gedacht haben und 31% den Ausweis ablehnen.

8% besitzen Organspendeausweis
23% haben ernsthaft darüber nachgedacht
38% unentschieden
31% Ablehnung

Angst vor Missbrauch

Hatten 1994 noch 63% Befürchtungen gehabt, mit gespendeten Organen würde Missbrauch (z.B. unzulässiger Handel) getrieben, sind dies 2004 immerhin noch 45%, aber zumindest deutlich weniger als noch vor zehn Jahren. Haben vor zehn Jahren nur 17% keine dahingehenden Bedenken gehabt, sind es inzwischen 34%, die Vertrauen in die Organvergabe signalisieren. Diese Zahlen lassen hoffen, dass die Bemühungen um Information der Bevölkerung, auch seitens der Patientenorganisationen, erste Früchte tragen.

Widerspruchslösung kontra erweiterte Zustimmungslösung

Im Hinblick auf die Chancen, auch in Deutschland in Zukunft eine Mehrheit für

eine Gesetzesänderung in Richtung Widerspruchslösung durchsetzen zu können, ist das dahingehende Befragungsergebnis: etwa 50% der Deutschen finden die momentane Regelung (erweiterte Zustimmungslösung: Einverständnis durch Organspendeausweis oder Zustimmung seitens der Angehörigen) besser als die österreichische Widerspruchslösung (jeder, der nicht zu Lebzeiten einer Organentnahme widersprochen hat, ist potenzieller Organspender). 34% sehen das gerade anders herum. 21% sind unentschieden.

Jutta Riemer

Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach

Organspende und Transplantation: Häufig verbreitete Irrtümer

Als Betroffene werden wir immer wieder auf bestimmte Aspekte der Organspende und Transplantation angesprochen. Auf diese Gespräche sollten wir – versehen mit sachlich fundierter Information – gewappnet sein. Informationslücken können bei unserem Gegenüber zu unbegründeten Ängsten oder Ablehnung der Organspende führen. Und wir wollen doch mit unseren Gesprächen gerade das Gegenteil bewirken. Deshalb habe ich hier vier häufig zu hörende Behauptungen aufgeschrieben, die es immer wieder zu entkräften gilt.

Irrtum 1: Mit 60 bin ich zu alt, um Organe zu spenden.

Falsch! Die Anzahl der Spender zwischen 55 und 64 hat in den letzten Jahren prozentual zugenommen (von 1992 13% auf 20% im Jahr 2001). Auch bei den 65 Jahre alten und älteren Spendern gab es einen Zuwachs (von 5% auf 17%) bezogen auf die Gesamtzahl der Spender. Es gibt bei der Organspende (ebenso für die Transplantation) kein absolutes Endalter. Hier ist der biologische Zustand der Organe ausschlaggebend. Nur sehr wenige Faktoren oder Vorerkrankungen schließen ei-

ne Organentnahme aus: z.B. frische Sepsis (Blutvergiftung), akute, bösartige Tumoren, HIV-Infektion.

Irrtum 2: Die meisten Organspender sind Unfallopfer.

Hirnverletzungen und Erkrankungen, die zum vollständigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion führen können, sind Ursachen für einen Hirntod. Als Hauptursachen sind hier die traumatischen (Unfallfolgen) und atraumatischen Ereignisse (z.B. Folgen eines schweren Schlaganfalls oder einer Gehirnhirnblutung) zu nennen. Der Anteil der Organspender mit traumatischen Todesursachen hat in den letzten Jahren, wohl aufgrund der besser werdenden Sicherheitskonstruktionen der Kraftfahrzeuge, kontinuierlich abgenommen (1992: ca. 42% – 2001: ca. 28%). Wogegen die atraumatischen Ursachen von unter 60% bis über 70% angestiegen sind.

Irrtum 3: Die Familie des Organspenders bekommt Geld für die Zustimmung zur Organspende.

In Deutschland ist die Organspende eine uneigennützige Geste im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Notwendigkeit

der Organspende im Zusammenhang mit der Möglichkeit der Transplantationsmedizin für schwerst Organerkrankte. Organhandel (Geld gegen Organ) ist per Transplantationsgesetz verboten. Auch derjenige macht sich im Übrigen strafbar, der sich ein gehandeltes Organ übertragen lässt.

Irrtum 4: Wer privat versichert ist, bekommt schneller ein Organ.

Falsch! Die Vermittlung von Organen wird nur von definierten medizinischen Kriterien (Blutgruppe, Gewebeverträglichkeit bei der Niere, Körpergröße), Erfolgsaussicht, Dringlichkeit und der Wartezeit bestimmt. Bei Eurotransplant, der zentralen Vermittlungsstelle, werden nur diese relevanten Daten verschlüsselt gespeichert. Familienstand, soziale Stellung, Vermögensverhältnisse, Art der Krankenversicherung oder anderes sind keine Kriterien, die eine Verkürzung oder Verlängerung der Wartezeit bedingen können.

Jutta Riemer

Quelle: DSO

Noch Fragen? – INFO-Telefon:
0800/90 40 400 (kostenlos)

Die CDU/CSU-Spitze macht sich stark für Organspende

Anlässlich des „Tages der Organspende“ am 5. Juni 2004 erklärten die Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Dr. Angela Merkel, MdB, und die zuständige Unionsberichterstatteerin für Transplantationsmedizin in der Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, Julia Klöckner, MdB:

Organspendebereitschaft fördern

Organspende ist ein Thema, das alle betrifft und alle angeht. Aus diesem Grund wurde 1983 der „Tag der Organspende“ eingeführt, um bundesweit in zahlreichen Veranstaltungen über Organspende und Transplantation aufzuklären. Leider gibt es noch immer viel zu wenige, die nach ihrem Tod ihre Organe zur Verfügung stellen. Derzeit warten etwa 12.000 Patienten auf ein lebensrettendes Organ. Bereits ein Drittel der Patienten stirbt aufgrund mangelnder Organe und somit zu langer Wartezeiten.

Die Übertragung von Organen und Geweben gehört zu den medizinisch anerkannten und sicheren Verfahren. 1997 wurde nach intensiver Diskussion das Transplantationsgesetz vom Deutschen Bundestag verabschiedet. Dennoch ist das Ziel der „Gemeinschaftsaufgabe“, nämlich die Förderung der Organspendebereitschaft, nicht erreicht worden. Rund 80 Prozent der Deutschen halten die Organspende für sinnvoll, etwa 60 Prozent würden im Todesfall selbst auch ihre Organe zur Verfügung stellen, aber nur ca. 12 Prozent der Deutschen besitzen einen Spendeausweis. Hier gilt es, das Potenzial der prinzipiellen Zustimmung zu nutzen und für ein aktives Bekenntnis durch Tragen eines Spendeausweises zu gewinnen. Denn oft liegt die mangelnde Zustimmung an der fehlenden Information und Konfrontation mit diesem Thema.

Deshalb müssen die Öffentlichkeits- und Informationsarbeiten optimiert und neue, konkrete Maßnahmen angegangen werden:



Foto: privat

Links Dr. Angela Merkel mit einem Organspendeausweis und rechts Julia Klöckner MdB

- Jedes Bundesland sollte verpflichtet werden, Transplantationsbeauftragte einzusetzen. In Bayern werden z.B. Transplantationsbeauftragte für jedes Patientengespräch vergütet. Der Erfolg ist ersichtlich!
- Das Ärzte- und Pflegepersonal muss regelmäßig in Bezug auf Organspende und -transplantation geschult werden. Nur wer selbst informiert ist, kann auch Angehörige, die einer Organspende zustimmen müssen, davon überzeugen.
- Die Beteiligung der Krankenhäuser an der Meldung von hirntoten Menschen und am einführenden Gespräch mit den Angehörigen ist optimierbar.
- Die Aufklärungsarbeit muss regelmäßig und öffentlichkeitswirksam durchgeführt werden. Die Bundesregierung muss hierfür mehr Mittel zur Verfügung stellen, statt diese kontinuierlich zu kürzen.
- Das Thema Organtransplantation gehört in die Lehrpläne der Schulen, zum Beispiel in die Fächer Biologie, Religion und Ethik.
- Im Rahmen der Führerscheinprüfung muss das Thema aufgegriffen und die Prüflinge sollten motiviert werden, einen Spendeausweis auszufüllen.
- Bei der Durchführung der Gemeinschaftsaufgabe Organspende müssen die Krankenkassen aktiver werden. Etwa alle fünf Jahre sollten sie ihre Mitglieder über die neuesten Entwicklungen der Transplantationsmedizin informieren und diese nach ihrer möglichen Organspendebereitschaft fragen. Die Spende-bereitschaft wird dann auf der Versichertenkarte verzeichnet und kann jederzeit widerrufen werden.
- Forschung und Innovation im Bereich der Transplantationsmedizin müssen intensiv gefördert werden – z.B. auf dem Gebiet der Xenotransplantation und Entwicklung von Kunstorganen.

Für die „Gemeinschaftsaufgabe“ Organspende muss sich auch die Politik intensiver einsetzen. Die Unionsparteien unterstützen die Organspende als Akt barmherziger Solidarität. Zum Thema „Transplantationsmedizin“ hat die Fraktion vor einigen Wochen eine „Große Anfrage“ an die Bundesregierung (Drucksache 15/2707) eingereicht, deren Beantwortung interessiert erwartet wird.

Julia Klöckner MdB

2. Tagung der Transplantationsbeauftragten der Region Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland)

Am 2. Juli 2004 lud die hessische Gesundheitsministerin, Frau Silke Lautenschläger, zur Jahrestagung der Transplantationsbeauftragten DSO-Mitte im Hessischen Landtag in Wiesbaden ein.

PD Dr. Dietmar Mauer, geschäftsführender Arzt der DSO-Mitte, begrüßte alle Anwesende und bedankte sich bei den Transplantationsbeauftragten für die gemeinsame Arbeit und würdigte die Ärzte und Pflegekräfte auf den Intensivstationen und in den OP-Abteilungen. Erfreulich sei die Steigerung der Organspende im Jahre 2003 gewesen, und zwar um rund 36% gegenüber dem Vorjahr. Bundesweit war die Organspenderate mehr als 10%.

Staatsministerin Silke Lautenschläger (Hessen) wies in ihrem Grußwort auf die Problematik des Organspendeausweises hin. Deshalb sei die Aufklärungsarbeit so wichtig.

Ministerialrat Dr. Faltin (Rheinland-Pfalz) stellte fest, dass das Transplantationsgesetz von 1997 nicht zum erhofften Erfolg geführt hat. Im Durchschnitt spenden in Deutschland nur 14 Menschen pro 1 Mill. Einwohner ein Organ. Bei unseren europäischen Nachbarn liegt die Zahl deutlich höher. Aufgabe der Ministerien sei es deshalb mitzuhelfen, die Zahl der Organspenden zu optimieren.

Die saarländische Gesundheitsministerin Frau Dr. Regina Görner forderte, sich rechtzeitig mit dem Tod auseinander zu setzen und dankte den Krankenhäusern für ihre Mitarbeit im Bereich Organspende.

Prof. Dr. Günter Kirste, Vorstand der DSO, unterstrich die nicht ganz einfache Arbeit der Transplantationsbeauftragten und lobte auch die Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren. Ziel sei es, wie in den skandinavischen Ländern, die Wartezeit auf drei bis vier Monate zu verkürzen. 82% sind hierzulande bereit, Organe zu spenden, aber nur ein geringer Teil trage einen Ausweis mit sich. Deshalb müsse man



Foto: G. Strah

noch mehr Öffentlichkeitsarbeit betreiben, betonte Kirste.

Auch Prof. Dr. Winfried Fassbinder, stellvertretender Vorsitzender des Fachbeirats Region Mitte, erläuterte die Wichtigkeit der Transplantationsbeauftragten.

Nach den Grußworten wurden drei Krankenhäuser für ihre Zusammenarbeit mit der DSO, in der Vorbereitung und Durchführung von Organspenden, ausgezeichnet.

Für Hessen nahm, stellvertretend für die Transplantationsbeauftragten des Klinikums Fulda, Dr. Janka die Auszeichnungs-urkunde von der hessischen Staatsministerin Silke Lautenschläger entgegen.

Ministerialrat Dr. Jürgen Faltin würdigte für Rheinland-Pfalz die besonderen Leistungen des Krankenhauses Bad Kreuznacher Diakonie und seines Transplantationsbeauftragten Dr. Rainer Fournell.

Für das Klinikum Saarbrücken erhielt der Beauftragte Dr. Matthias Albrecht, stellvertretend für seine Kollegen, die Auszeichnung von Ministerin Regina Görner.

Vor der Kaffeepause stellte Herr Strupler (69 Jahre) aus Duisburg, 1986 in der Medizinischen Hochschule Hannover herztransplantiert, sein musikalisches Können unter Beweis. Er spielte auf seiner Klarinette

das Stück „petite fleur“ und begeisterte mit einem Flair aus New Orleans die Zuhörer.

Nach Kaffee und Kuchen berichtete Dr. Mauer über Erfahrungen aus der Angehörigenbetreuung. Es gäbe eine niedrige Zustimmungsrate durch Familienangehörige. Auf die Frage: „Wie haben Sie die Bitte um eine Organspende erlebt?“ antworteten die befragten Angehörigen: 36% hätten sie erwartet und 36% waren überrascht. 67% gaben dem Angehörigengespräch die Note 1–2. Wichtig sei es, sich zu Lebzeiten zu entscheiden. Dazu sollte die Aufklärung verbessert werden und Unsicherheiten müssten ausgeräumt werden. Anne-Bärbel Blaes, DSO-Koordinatorin Region Mitte, schlug vor, die Angehörigen für die Zustimmung zur Organspende öffentlich zu würdigen und sie in ihrer Entscheidung zu bestärken. Außerdem sollten auch nach der Organspende noch Gespräche geführt werden. Anschließend zeigte sie ausländische Beispiele aus der Angehörigenbetreuung:

- In den USA gäbe es die größte Organisation für Angehörige. Dort sind 10.000 Menschen engagiert. Sie wurde 1992 gegründet. Der Hauptsitz befindet sich in New York. Das Symbol dieser Vereinigung ist ein Schmetterling.
- In Israel besucht der Koordinator die Familien im Rahmen der „Shirah“. Hier können sich Spender und Empfänger zum Austausch treffen.

- Nur 50 Organe werden jährlich in Australien gespendet. Hier wird ein regelmäßiger Telefonkontakt zu den Angehörigen gepflegt. Sechs Wochen nach der Organspende erhalten sie von der Organspendeorganisation einen Rose-Pin und einen Rosenstrauch und zum 1. und 2. Todestag gibt es eine Karte.

In Deutschland sieht es so aus, dass sich in der Region Ost Angehörige und Menschen, die ein Organ empfangen haben, treffen. Im Raum Hannover treffen sich Eltern, die einer Organspende ihres Kindes zugestimmt haben.

In der Region Mitte wurde 2001 ein Projekt gestartet, indem jede Familie eine Einladung erhält. Mit 467 Spenderfamilien wurde Kontakt aufgenommen und bis jetzt haben acht Treffen statt gefunden. Es gab 272 Rückmeldungen.

Frau Blaes regte an, die Angehörigenbetreuung unbedingt zu verbessern:

1. Man sollte ein Übergangsritual anbieten (d.h. z.B. ein Kuscheltier oder irgendein Andenken dem Spender zur Explantation mitzugeben).
2. Nach der Organentnahme sollten sich die Angehörigen von den Spendern in Ruhe verabschieden können. Mit eigenen Augen sehen, dass keine äußere Entstellung zu sehen ist, wäre sehr wichtig.
3. Außerdem sollten die Angehörigentreffen ausgeweitet werden.
4. Den Spenderfamilien sollte öffentlich durch Politiker gedankt werden. Ein Symbol müsste gefunden werden, das überreicht wird.



Diskussionsrunde mit Spenderangehörigen und Transplantierten

5. Positivberichte müssten öffentlich gemacht werden.

Zum Schluss kamen noch zwei Angehörige von Organspendern und zwei Transplantierte zu Wort. Silke Karger hatte ihren 61-jährigen Vater verloren und einer Organspende zugestimmt. Leider hatte sie negative Erfahrungen mit dem Arztgespräch gemacht. Der Arzt hatte sich nur zwei Minuten Zeit genommen. Ihr Vater hatte sich aber zu Lebzeiten positiv zur Organspende ausgesprochen und sie sagte deshalb zu.

Brigitte Brahm, die auch ihren Vater zur Organspende freigab, äußerte sich dagegen positiv. Sie durfte mit der ganzen Fa-

milie mit zur Intensiv-Station. Dort wurde über Plakate auf Organspende hingewiesen. Die Tochter erwartete aber keinen Dank für die Zusage. Gefreut hat sie sich aber, als man ihr mitteilte, dass die transplantierten Organe alle gut funktionierten. Sie forderte allerdings mehr Information über den Hirntod. Wichtig für die Angehörigen sei die Unversehrtheit des Toten und das anschließende Abschiednehmen.

Danach schilderten noch zwei junge Frauen ihre Transplantation. Eine von ihnen hatte vor drei Jahren ihre dritte Niere und die andere vor fünf Jahren eine Lunge erhalten. Beiden ging es zur Zeit relativ gut.

Mariele Höhn

Danke für mein neues Organ

Wir Koordinatoren von der Deutschen Stiftung Organtransplantation führen im Falle einer möglichen Organspende das Angehörigengespräch. Auch nach der abgeschlossenen Organspende informieren wir die Angehörigen durch Briefe über das Befinden der Empfänger, durch Telefonate und persönliche Treffen. Leider ist es sehr selten, dass wir Briefe von Organempfängern an die Spenderfamilien weiterleiten können. Dabei wäre das so wichtig für die Familie, die sich oft nur schwer für eine Zustimmung entscheiden konnten.

Nur ein paar Zeilen über das Leben vor und nach der Transplantation, ein Karte oder auch ein gemaltes Bild, ob nach einem, nach zwei Jahren

oder auch später, wenn man etwas Abstand von seiner Transplantation gewonnen hat. Diese Zeilen bestätigen die Entscheidung der Angehörigen viel mehr und spenden viel mehr Trost als ein sachlicher Brief von der DSO mit dem Hinweis, wohin das Organ versandt wurde.

Vielleicht wussten Sie gar nichts von dieser Möglichkeit oder Sie haben sich in der Vergangenheit einfach nicht getraut.

Daher möchten wir Sie, die Transplantierten, heute herzlich dazu aufrufen: Schreiben Sie einen Brief an die Spenderfamilie, die im Moment größter Trauer und Verzweiflung einer Organ-

spende zugestimmt und somit auch Ihr neues Leben ermöglicht hat.

Vielen Dank, wir freuen uns über reichlich Post. Ihren Brief senden Sie bitte an:
die regionale Adresse der DSO
zu Händen des geschäftsführenden Arztes

Fügen Sie möglichst das Datum Ihrer Transplantation, das Transplantationszentrum und – sofern bekannt – die ET-Empfängernummer bei. Diese Daten aber bitte nicht direkt in den Brief schreiben, sondern separat beilegen. Wir benötigen sie, um die Spenderdaten nachvollziehen zu können.

Monika Weber, DSO Stuttgart

Organspende, Transplantation, Organhandel – Leben retten um jeden Preis?

Zu diesem Thema hatte die größte Zeitung im Ruhrgebiet, die „WAZ“, hochkarätige Prominenz zur Talk-Runde eingeladen. Zur Runde geladen waren Prof. Christoph Broelsch, Chefarzt der Essener Transplantations-Chirurgie, Prof. Thomas Phillip, Chefarzt für Nieren- und Hochdruckkranke der Uni-Klinik Essen, Prof. Dr. Peter Berlit, Chefarzt Neurologie Krupp-Krankenhaus, Irmenfried Mundt, Stadt-Superintendent, Heinz Diste, Geschäftsführer Elisabeth-Krankenhaus, Dr. Arnd T. May, Ethiker der Katholischen Akademie des Bistums Essen, Wolfgang Ingenhag, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, sowie **Ulrike Nasse-Meyfahrt**, zweifache Olympia-Siegerin und aktiv in der Organisation „Sportler für Organspende“.

Die dreistündige, hochinteressante Talk-Runde eröffnete WAZ-Lokalchef Wulf Mämpel. Prof. Phillip wies zunächst auf den weiterhin bestehenden Organmangel hin und vertrat die Meinung, dass die Einführung der Widerspruchslösung hier Abhilfe schaffen könnte.

Auch Prof. Broelsch schloss sich dieser Meinung und damit der Forderung nach Änderung des seit zehn Jahren bestehenden Transplantations-Gesetzes an. Der medizinische Fortschritt lasse es zwar zu, Lebendspenden durchzuführen, das Risiko der Spender liegt jedoch bei etwa 10–11 Sterbefällen bei 3.000 Spenden, hinsichtlich bleibender Schäden allerdings erheblich höher. Weiter sei zu berücksichtigen, dass nur einer von neun möglichen Spendern für eine Lebendspende in Frage käme, da u.a. die gesundheitliche Verfassung des Spenders ausschlaggebend sei.

Organhandel, so betonten Prof. Broelsch und Prof. Philipp, sei in Deutschland ausgeschlossen. Allerdings könne man, und das ist derzeit Realität, z.B. im Internet durchaus auf Seiten stoßen, in denen sich z.B. in Indien dortige Menschen anbieten, ihre Niere gegen Geld zu spenden. Auch die Medien berichteten bereits in Einzelfällen darüber. Weiter gingen beide darauf ein, dass viele Krankenhäuser potenzielle



Ulrike Nasse-Meyfahrt und Professor Ch. Broelsch besuchten unseren Stand im Europahaus und informierten sich über die Arbeit des Vereins

Spender nicht meldeten. Hier wurde eine Aufklärung der dortigen Ärzte von allen Beteiligten der Talk-Runde gefordert.

Ulrike Nasse-Meyfahrt, zweifache Olympiasiegerin im Hochsprung, war als Vertreterin der Vereins „Sportler für Organspende“ – VSO – eingeladen und erläuterte, dass auch Prominente sich mit dem Thema beschäftigen. Der VSO sei von Hans Wilhelm Gäb, langjähriger Präsident des deutschen Tischtennis-Bundes, gegründet worden, der selbst zwei Mal lebertransplantiert worden sei. Auch Hartwig Gauder, ehemaliger Weltmeister und Olympiasieger im Gehen, erhielt ein Spenderherz. Dem Verein gehören rund 100 Sportler an, die sich auf diese Weise für die Spendenbereitschaft einsetzen. Sie wies auch darauf hin, dass viele derzeit noch aktive Sportler, wie z.B. Jan Ulrich, hierzu ihren Beitrag leisten.

Prof. Berlit vom Essener Krupp-Krankenhaus ging als Neurologe auf die „**Hirntoddiagnostik**“ ein, wobei er klarstellte, dass durch irreversiblen Ausfall des Gehirns (also Hirntod) der definitive Tod eintritt. Die Überprüfung durch zwei unabhängige Untersuchungen zweier Ärzte zu unterschiedlichen Zeiten sei die Feststel-

lung des Todes sehr sicher. (s. auch Lebenslinien 1/2003)

Der katholische Ethiker Dr. Arndt May sowie der evangelische Stadtsuperintendent Irmenfried Mundt erklärten übereinstimmend die **Befürwortung der Organspende durch die Kirche**. Auch der Hirntod sei für sie durchaus akzeptabel. Allerdings sprachen sie sich gegen „finanzielle Anreize“ aus.

Von allen Beteiligten wurde zum Schluss der 3-stündigen Veranstaltung erklärt, dass wesentlich **mehr Öffentlichkeitsarbeit** sowohl von den Krankenkassen, in Schulen (um junge Menschen zu erreichen), aber auch der älteren Generation (denn eine Altersgrenze für die Organspende gibt es nicht) betrieben werden muss. Auch die Medien müssten viel mehr über dieses Thema „sachlich“ berichten.

Die Veranstaltung war unserer Schätzung nach mit rund 150 Besuchern trotz der Konkurrenz der Europameisterschaftsspiele, des Formel-1-Rennens sowie einer Großveranstaltung in der Essener Innenstadt sehr gut besucht.

Monika und Dieter Kühlen

Patientenbeteiligung – neue Entwicklungen

In der Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002 zwischen Bündnis 90/Die Grünen und der Sozialdemokratischen Partei Deutschland hatten sich die Koalitionspartner auch die Aufgabe gestellt, Patientenrechte und Patientenschutz weiter zu stärken. Bereits am gleichen Tage wurde die Patientencharta von den Bundesministerinnen Brigitte Zypries (Justiz) und Ulla Schmidt (Gesundheit) der Öffentlichkeit vorgestellt.

Alle Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere die Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter aus Gesundheitsfachberufen wurden aufgerufen, die Patientenrechte zu achten und die Patienten und Patientinnen bei der Durchsetzung ihrer Rechte zu unterstützen. Dabei wird auf die wesentlichen Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis und im Schadensfall eingegangen. Es wird z.B. erläutert, dass man sich mit Beschwerden an die Ärzte- und Zahnärztekammern, Krankenkassen oder auch an freie Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen, Verbraucherzentralen und Selbsthilfegruppen wenden kann.

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), veröffentlicht am 14. November 2003, wird den sowohl in Selbsthilfeorganisationen organisierten behinderten und chronisch Kranken wie auch Patienten die Möglichkeit gegeben, aktiv an der Ausgestaltung der Gesundheitsreform mitzuwirken. Es handelt sich zum einen um die Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebene und zum anderen um die neue Stelle der Patientenbeauftragten der Bundesregierung.

Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebenen

Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschließt als „kleiner Gesetzgeber“ nahezu alle relevanten Richtlinien in der medizinischen Versorgung auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches V. Im GMG wurde die Mitgliedschaft von Patientengruppen beschlossen (§ 140g). Das heißt, Patientenvertreter können aktiv an den Entscheidungsprozessen der Selbstverwaltung mitwirken.

Der Bundesausschuss tagt in wechselnder Zusammensetzung, je nach Bedarf werden die vier Kammern beteiligt:

- für ärztliche Angelegenheiten,
- für die vertragsärztliche Versorgung,
- für die vertragszahnärztliche Versorgung und
- für die Krankenhausbehandlung.

In diese Kammern können neun Patientenvertreter entsandt werden. Jeder dieser Kammern sind inhaltlich-fachlich vorbereitende Unterausschüsse zugeordnet. Es gibt insgesamt 25, in jeden dieser Unterausschüsse, bis auf den Unterausschuss Finanzen, können jeweils bis zu fünf einvernehmlich zu benennende Patientenvertreter entsandt werden.

Ebenfalls wurde die Patientenbeteiligung auf Landesebene (§ 140f) eingeführt. Auch hier ist ein Mitberatungsrecht vorgesehen. Interessant für uns als Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V. sind die Modalitäten zur Entsendung dieser Vertreter. Im Gesetz ist von maßgeblichen Organisationen die Rede, dies wurde in einer

Rechtsverordnung vom Dezember 2003 näher präzisiert.

Zur Benennung von Patientenvertretern sind berechtigt:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- der Verbraucherzentrale-Bundesverband (vzbv),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG),
- die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP).

Wir gehören keiner dieser maßgeblichen Institutionen an. Mittelfristig wäre die Mitgliedschaft im DBR anzustreben (www.deutscher-behindertenrat.de). Der Behindertenrat hat 43 Mitglieder, dabei handelt es sich um nichtstaatliche Organisationen, die eine bundesweite und bundespolitische Ausrichtung haben. Die Verbände bzw. Vereine müssen in mindestens fünf Bundesländern vertreten sein und über mindestens 750 Mitglieder verfügen. Über Ausnahmen entscheidet der Arbeitsausschuss des Deutschen Behindertenrates.



Aufklärung und Einbeziehung des Patienten (Zeichnung Brunner), aus KBV Klartext, 7/2002

Die DAG SHG kommt nicht infrage, da diese kein Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen, sondern ein Verband zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist. Von den Mitgliedern des DBR liegen zur Zeit 320 Benennungen für Patientenvertreter vor. Der Arbeitsaufwand ist erheblich, der Gemeinsame Bundesausschuss tagt in der Regel monatlich, die Unterausschüsse tagen in unterschiedlicher Frequenz, auch zeitweise wöchentlich, je nach Themenstellung.

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Mit dem GMG ist auch erstmalig die Stelle einer Patientenbevollmächtigten eingerichtet worden. Am 17.12.2003 wurde Helga Kühn-Mengel in dieses Amt berufen. Frau Kühn-Mengel ist Bundestagsabgeordnete der SPD aus dem Wahlkreis Euskirchen-Erfkreis II. Sie ist seit 1972 als Diplompsychologin tätig, zunächst bei der Forschungsgemeinschaft „Das körperbehinderte Kind“ e.V. in Köln und dann beim „Zentrum für Frühförderung und Frühbehandlung“ e.V. – ebenfalls in Köln. Sie ist gesundheitspolitische Sprecherin und Behindertenbeauftragte der SPD-Fraktion.



Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Helga Kühn-Mengel

Als Patientenbeauftragte setzt sie sich für die Belange der Patientinnen und Patienten ein. Konkret heißt dies, dass sie die Umsetzung der Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebene verfolgen wird. So wird sie auf die maßgeblichen Organisationen zugehen und um Mitarbeit werben, sie wird aber auch verfolgen, ob die Ausschüsse die Patientenvertreter angemessen einbeziehen.

Ein besonderes Anliegen ist ihr die Information des Patienten und eine Veränderung zu mehr Mündigkeit. Klare Vorgaben der Politik über Aufklärung und Einbeziehung der Patienten sollen für mehr Transparenz sorgen. Der Patient soll angehalten werden nachzufragen. So sagt sie: „Mein Rat ist, machen Sie den Mund auf. Stellen Sie Fragen, wenn Sie etwas nicht verstehen. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, Ihren Arzt, Ihren Apotheker. Das ist das Wichtigste, das müssen die Patienten zukünftig noch viel häufiger tun. Eine Frage ist immer der Anfang einer Veränderung.“

Jeder Patient kann sich mit einer Beschwerde oder Nachfrage an Frau Kühn-Mengel wenden, die Mailadresse lautet: **info@die-patientenbeauftragte.de**.

Es bleibt abzuwarten, ob die Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebene die weitere Entwicklung im Gesundheitswesen wirklich beeinflussen kann. Die Funktionäre der Ärzteschaft in den Gremien sind nicht nur fachlich kompetenter, sondern werden auch besser vorbereitet sein. Es wird schwer sein, sich gegen sie durchzusetzen.

Frau Kühn-Mengel wird sich daran messen lassen müssen, wie weit es ihr gelingt, durch politischen Druck oder durch das Anprangern von Missständen Einfluss zu nehmen. Generell kann man vermuten, dass eine „Charta“ und wohlmeinende Absichten wenig Aussichten gegen die Standesinteressen der Ärzte haben werden.

Weitere Informationen finden sich unter:
www.patientenbeauftragte.de
www.bmgs.bund.de

Frank Tönsmann

Foto: privat

In die private Krankenversicherung trotz Lebertransplantation?

Öffnung der privaten Krankenversicherung für Beamte

Der ledige Beamte kann – je nach Familienstand und -situation – bei seinem Dienstherrn einen Beihilfeanspruch in Höhe von ca. 50% der angefallenen Krankheitskosten geltend machen, wobei zu beachten ist, dass bei Bund und Ländern die jeweiligen Beihilfeverordnungen teilweise erheblich von einander abweichen.

Wer bisher z.B. als Student selbst oder über seine Eltern in der gesetzlichen Krankenkasse versichert war, schließt in der Regel mit Beginn seines Beihilfeanspruchs dann bei einer privaten Krankenversicherung eine die Beihilfe ergänzende private Krankenversicherung ab, weil er so finanziell günstiger fährt und außerdem besser versichert ist.

Bekanntlich führen jedoch die privaten Krankenversicherer bei Aufnahme eine

Gesundheitsprüfung durch, was im Ausnahmefall bei schwerwiegenden Vorerkrankungen auch mal zu einer Ablehnung des Antrags führen kann.

Eine ganze Reihe von privaten Krankenversicherern (Namen der Versicherer beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in Köln zu erfragen) haben sich jedoch verpflichtet, **bei erstmaliger Verbeamtung auf eine Ablehnung des Antrags aus Risikogründen zu verzichten**, wenn ein maximal 30%-Zuschlag auf den Gesamtbeitrag (einschl. Pflegeversicherung) der betroffenen Person akzeptiert wird. Von diesem Recht sind jedoch Beamte auf Widerruf (Beamtenanwärter) noch ausgenommen. Diese haben erst nach Beendigung der Anwärterzeit, sofern dann eine Übernahme erfolgt, die **erstmalige und einmalige Gelegenheit**, unter Berufung auf die Öff-

nungsklausel für sich und ihre Familienangehörigen einen entsprechenden Aufnahmeantrag bei einer privaten Krankenversicherung zu stellen, die an der Öffnungsaktion teilnimmt.

Wer jedoch zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal einer privaten Krankenversicherung angehört hat (auch als mitversichertes Kind oder Jugendlicher) und dort die Mitgliedschaft gekündigt hat, da er z.B. als Student der gesetzlichen Krankenkasse beigetreten ist, kann sich auf die Öffnungsklausel nicht berufen. Hier hätte nämlich die Möglichkeit bestanden, nicht zu kündigen, sondern die spätere Wiederaufnahmemöglichkeit ohne Gesundheitsprüfung durch die Fortführung einer kleinen Anwartschaftsversicherung zu sichern.

Nähere Informationen über die Redaktion.

Neue Anhaltspunkte für die Gutachtertätigkeit

Seit Mai 2004 gelten für die Einstufung des Grades der Behinderung (GdB) neue Anhaltspunkte für die Gutachtertätigkeit. Dabei wurden vor allem die Beschlüsse des ärztlichen Sachverständigenrates seit 1996 eingearbeitet.

Bei den Lebererkrankungen wurden die Formulierungen neu gefasst, entscheidende Änderungen bei der Einstufung gab es nicht. Hier der Auszug aus den Anhaltspunkten:

Chronische Hepatitis

- ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität 20
 ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression
- mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität 30
 ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, gering entzündliche Aktivität
- mit mäßiger (klinisch-) entzündlicher Aktivität 40
 ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, mäßig entzündliche Aktivität
- mit starker (klinisch-) entzündlicher Aktivität
 ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, stark entzündliche Aktivität
 je nach Funktionsstörung 50–70
- alleinige Virus-Replikation („gesunder Virusträger“) 10
 bei Hepatitis-C-Virus nur nach histologischem Ausschluss einer Hepatitis

Bei Vorliegen eines histologischen Befundes gelten für die Virus-Hepatitis folgende Besonderheiten:

Die Bezeichnung der chronischen viralen Hepatitis umfasst die nekroinflammatorische Aktivität (Grading) und den Grad der Fibrose (Staging). Sie ergibt sich wie die GdB-Bewertung aus folgender Tabelle, wobei die genannten GdB-Werte die üblichen klinischen Auswirkungen mit umfassen.

Nekro-inflammatorische Aktivität

	null – gering	Fibrose mäßig	stark
gering	20	20	30
mäßig	30	40	40
stark	50	60	70

Anmerkung:

Die Auswertung des histologischen Befundes soll sich an dem modifizierten histologischen Aktivitätsindex (HAI) ausrichten. Eine geringe nekroinflammatorische Aktivität entspricht einer Punktzahl von 1 bis 5, eine mäßige nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 6 bis 10 und eine starke nekro-inflammatorische Aktivität einer Punktzahl von 11 bis 18.

Eine fehlende bzw. geringe Fibrose entspricht einer Punktzahl 0 bis 2, eine mäßige Fibrose der Punktzahl 3 und eine starke Fibrose einer Punktzahl von 4 bis 5.

Für die Virushepatitis C gelten bei fehlender Histologie im Hinblick auf die chemischen Laborparameter folgende Besonderheiten:

ALAT/GPT-Werte im Referenzbereich entsprechen bei nachgewiesener Hepatitis-C-Virus-Replikation einer chronischen Hepatitis ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität.

ALAT/GPT-Werte bis zum 3-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer geringen (klinisch-) entzündlichen Aktivität.

ALAT/GPT-Werte vom 3-fachen bis zum 6-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer mäßigen (klinisch-) entzündlichen Aktivität.

ALAT/GPT-Werte von mehr als dem 6-fachen der oberen Grenze des Referenzbereichs entsprechen einer starken (klinisch-) entzündlichen Aktivität.

Diese Bewertungen sind nur zulässig, wenn sie sich in das klinische Gesamtbild des bisherigen Verlaufs einfügen.

Fibrose der Leber

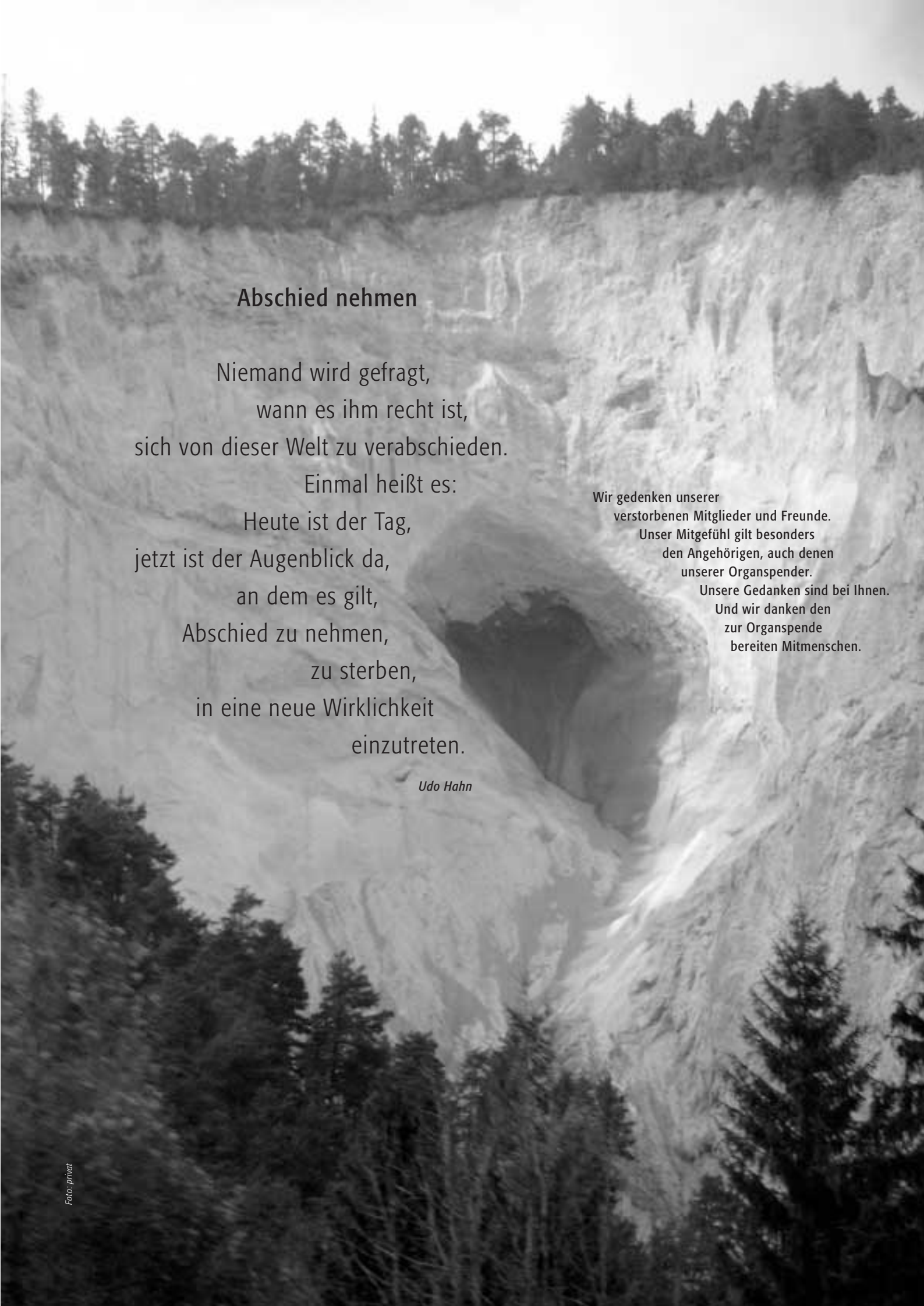
- ohne Komplikationen 0–10

Leberzirrhose

- kompensiert
 - inaktiv 30
 - gering aktiv 40
 - stärker aktiv 50
- dekompensiert (Aszites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie) 60–100

Bei der Einstufung der Lebertransplantation hat sich nichts geändert. Wie die Einstufung erfolgt, wurde bereits in „Lebenslinien“ 2/2004 beschrieben. Ein systematischer Umbau der Anhaltspunkte fand nicht statt. Das Bundesgesundheitsministerium hat jedoch aus Anlass der Vorstellung der Anhaltspunkte 2004 angekündigt, dass eine Verrechtlichung der Anhaltspunkte erfolgen wird. Das heißt, die Anhaltspunkte werden als Verordnung neu gefasst. Einen Termin nannte das Ministerium allerdings nicht. Die Anhaltspunkte kann man in gedruckter Form beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bestellen (13,- EUR zzgl. Versand) oder kostenlos unter der folgenden Internetadresse als PDF-Datei herunterladen: http://www.bmgs.bund.de/deu/gr/publikationen/p_3.cfm

Stefan Sandor



Abschied nehmen

Niemand wird gefragt,
wann es ihm recht ist,
sich von dieser Welt zu verabschieden.

Einmal heißt es:
Heute ist der Tag,
jetzt ist der Augenblick da,
an dem es gilt,
Abschied zu nehmen,
zu sterben,
in eine neue Wirklichkeit
einzutreten.

Udo Hahn

Wir gedenken unserer
verstorbenen Mitglieder und Freunde.
Unser Mitgefühl gilt besonders
den Angehörigen, auch denen
unserer Organspender.
Unsere Gedanken sind bei Ihnen.
Und wir danken den
zur Organspende
bereiten Mitmenschen.

Die Kraft, die aus uns selber kommt

Noch fahnden Forscher nach den geheimnisvollen Wegen, auf denen der Geist den Körper beeinflusst. So viel ist bereits sicher: Jeder Mensch verfügt über eine Macht, die ihm helfen kann, gesund zu werden.



[Gespaltene Welt]

Wir leben in einer gespaltenen Welt. Körper und Geist, so die traditionellen Vorstellungen unserer westlichen Kultur, scheidet eine tiefe Kluft. Sie trennt das Sichtbare und Messbare Vorhandene mit seinen physikalischen Regeln vom Spirituellen – unserer Identität, Fantasie und Kreativität. Das, was gebrechlich und vergänglich ist, von dem, was als frei und ewig gilt. Dieser Gegensatz entzweit auch unsere Wissenschaften. Erkenntnisse über das Materielle werden nur anerkannt, wenn sie nicht von psychischen Einflüssen „kontaminiert“ sind. Und umgekehrt erlangt das Heil der Seele nur, wer zuvor das Leibliche überwunden hat.

Dennoch erfahren wir beinahe täglich, wie die Grenzlinien solcher Kategorien ihre Geltung verlieren, wie ein eben noch duales System verschmilzt, das Konstrukt der Trennung aufgehoben wird. Der Nachbar wird krank aus Sorge um seinen Arbeitsplatz; die Gemüsefrau stirbt an gebrochenem Herzen, als sie ihren Mann verliert; der Veteran hat seine schwere Beinverletzung im Zweiten Weltkrieg gar nicht gespürt, weil er so froh war, nach Hause zu kommen; 200 kambodschanische Flüchtlingsfrauen haben sich die Augen ausgeweint und sind blind geworden, weil sie mit ansehen mussten, wie die Khmer Rouge ihre Angehörigen folterten und umbrachten; ein Jugendlicher hat eine Pollenallergie und erleidet eine Asthmaattacke, als ihm ein Klassenkamerad zum Scherz eine Plastikblume unter die Nase hält; und ein Kollege trainiert, wie er seine Hände und Füße allein mit der Kraft seiner Gedanken erwärmen kann.

[Die Wirkung des Geistes]

Wie Körper und Geist kommunizieren, ist zu einer zentralen Frage der Medizin geworden

Solche Geschichten, wie sie jeder schon einmal gehört hat, beschreiben die Wirkung des Geistes auf den Körper. Sie sind

beeindruckend – und irgendwie nie ganz glaubwürdig. Denn sie schildern Zusammenhänge – gern auch Phänomene genannt –, die gegen die übliche Auffassung von dem verstoßen, was uns gesund und krank macht. Sie überschreiten die Grenze zum Unerklärlichen. Bis vor kurzem haben sich daher nur wenige Mediziner dazu geäußert, und wenn, dann meist in eher ironisch-herablassender Weise. Wer sich ernsthaft mit der Körper-Geist-Thematik beschäftigte, riskierte sein wissenschaftliches Ansehen.

Das hat sich, wenn auch erst seit einem Jahrzehnt, grundlegend geändert. Dieser Wechsel ist ein Ergebnis der Beharrlichkeit einiger Pioniere, der Zusammenarbeit zwischen klinischen Forschern und Grundlagenforschern – und nicht zuletzt des wissenschaftlich-technischen Fortschritts. In Studien auf zellulärer und molekularer Ebene konnten zwischen dem Nerven-, Hormon- und Immunsystem überraschende Wechselbeziehungen nachgewiesen werden [...]. Und sogar die „Black Box“ des Gehirns öffnet sich neuen bildgebenden Verfahren. Durch das technische Fenster von funktionellen Magnetresonanz- und Positronen-Emissions-Tomographen wird sichtbar, welche Hirnstrukturen eines Probanden aktiv sind, wenn er etwas einnimmt, was er für ein Medikament hält. Dabei zeigt sich, dass der Placeboeffekt in derselben Cortexregion wirkt wie ein erfolgreiches Pharmaprodukt.

Ausgerechnet bei vorgetäuschten Behandlungen und Scheinpräparaten ohne nachgewiesenen Wirkstoff – also bei medizinischer Mimikry – belauschen Wissenschaftler den Signalaustausch zwischen Nerven- und Immunsystem. Dabei spüren sie Informationswege auf, deren Existenz sie zuvor nicht kannten, aber trotzdem vorhergesagt hatten. Denn bei Experimenten gelingt es immer wieder, mit der Dosis null eine körperliche Reaktion hervorzurufen.

Ein Beispiel: In der Meinung, einen normalen Kaffee zu trinken, bei dem es sich aber um eine entkoffeinierte Brühung handelt, beschleunigte sich der Puls der Probanden, ihr Blutdruck stieg.

Noch immer durchschaut niemand genau, wie so etwas möglich ist, aber mehrere theoretische Modelle bieten immerhin plausible Erklärungen: Der Effekt, heißt es, tritt ein, weil die Versuchsteilnehmer ihn erwarten. Allein durch ihre Hoffnung oder ihren Glauben an ein Mittel oder an einen Heiler; oder weil sie schon ähnliche Erfahrungen gemacht haben und Bescheid wissen – also „konditioniert sind“ wie der Pawlowsche Versuchshund [...] –, kommt es zu körperlichen Veränderungen. Mal fahren die Selbstheilungskräfte hoch, mal der Kreislauf.

[Der interdisziplinäre Ansatz]

Welche Mechanismen dabei im einzelnen ineinander greifen, wenn Körper und Geist kommunizieren und auf diese Weise unsere Gesundheit beeinflussen, ist zu einer zentralen Frage der Medizin geworden. Ihr wurde im November 2000 eine große Konferenz der National Institutes of Health (NIH) in Bethesda [MD, USA] gewidmet.

Dass ein solches Treffen mit diesem Thema im bedeutendsten biomedizinischen Forschungsinstitut der US-Regierung stattfinden konnte und mehr als 500 der führenden, auf neuen Heilungswegen arbeitenden Fachleute daran teilnahmen, kennzeichnet die gewandelte Einstellung in der wissenschaftlichen Gemeinschaft. Für die Veranstalter war es „ein Augenblick des Vertrauens-Hochs“.

In dieser Atmosphäre trugen die Konferenzteilnehmer zusammen, was in ihren Labors und Kliniken an erstaunlichen Ergebnissen vorlag. Zugleich bemühten sie sich, das Feld ihrer Beobachtung zu erweitern; etwa um die Perspektiven von Psy-

chologen, Soziologen, medizinischen Anthropologen und Historikern – immer in dem Bemühen, erst einmal genauer zu erkennen und besser zu verstehen, was es auf sich hat mit der respekteinflößenden Fähigkeit des Menschen, aus Nichts etwas Nützliches und Heilsames zu machen.

Damit sich eines Tages eine andere therapeutische Kultur durchsetzen kann, müssen nach Auffassung Anne Harringtons von der Harvard University auf dem gesamten Territorium „unserer psychobiologischen Funktionen“ vergleichbare Phänomene sorgfältig ausgewertet werden.

Der Mensch hat die Fähigkeit, aus nichts etwas Nützliches und Heilsames zu machen

Etwa weshalb Voodoo-Zauber tatsächlich tödlich ausgehen kann, wenn Menschen, die nach traditionellen Überzeugungen leben, sich verhext glauben – oder aus Todesangst sterben, weil sie meinen, einen Tabubruch begangen zu haben. Etwa wie es kommt, dass manche termingestresste Menschen bis zum Urlaub „warten“, ehe sie sich erlauben, krank zu werden. Oder was mitspielt, wenn sogar eine schöne Aussicht Besserung bewirkt und, wie eine Studie belegt, Patienten nach einer Gallenblasenoperation viel rascher genesen und weniger Schmerzmittel brauchen, wenn sie ein Zimmer mit Blick in die Landschaft haben, statt auf die Ziegelmauer eines Parkplatzes zu blicken.

Oder weshalb der Kalender die Sterblichkeitsstatistik beeinflusst. Aus epidemiologischen Erhebungen sei bekannt, so die Medizinhistorikerin Harrington, dass die Kurve im Umfeld hoher Festtage absinkt. Der Wille von Sterbenden, noch Weihnachten, das Passahfest oder den eigenen Geburtstag zu erleben, überwindet den angekündigten Zeitpunkt des Todes. Andere halten noch so lange am Leben fest, bis sie sich von einem geliebten Menschen verabschiedet haben.

[Die Bedeutung des Worts]

Eine einfache Erkenntnis wird plötzlich ernst genommen. Sie lautet: Worte sind nicht wirkungslos

Viele Heilungseffekte meint der medizinische Anthropologe Daniel Moermann mit der „Bedeutung“ erklären zu können, die sich während einer Behandlung entfalte. Das Befinden von Patienten bessere sich – egal ob sie Scheinmedikamente oder

solche mit einem chemischen Wirkpotenzial erhalten würden –, weil die Situation für sie „bedeutsam“ sei. Noch unverstandene Mechanismen bewirkten, dass die Arzneien eine heilsame Veränderung auslösten. Besonders, wenn sie einen Markennamen trugen. Worte, sagt der Wissenschaftler, sind eben nicht wirkungslos.

Auch der Glaube ist es nicht, wie eine weitere von Moermann angeführte Großstudie an 28.169 Chinesen in den USA beweist. Wer in einem nach Lehre der chinesischen Astrologie „unglücklichen“ Jahr geboren wird und schwer erkrankt, stirbt, statistisch gesehen, 1,3 bis 4,9 Jahre eher als Landsleute mit einem „glücklichen“ Geburtsjahr.

Nicht minder verdeckt, aber potent ist die Bedeutung niedergeschriebener Lebenskrisen. Erschütterungen scheinen eine Standleitung zum Immunsystem zu haben. Das belegt ein Versuch mit Medizinstudenten, die an vier aufeinanderfolgenden Tagen einen Text über ihre traumatischen Erfahrungen verfassten. Eine Kontrollgruppe schrieb über ein beliebiges Thema. Nach geleisteter Arbeit erhielten alle eine Hepatitis-B-Impfung. Bei Folgechecks im Abstand von vier und sechs Monaten waren die Antikörperspiegel der emotional aufgewühlten deutlich höher als der gelassenen Schreiber.

[Mentales Training, Visualisierung]

Jahrtausendealte Visualisierungstechniken bringen den Patienten rasch Erleichterung

Wir verfügen über eine Macht, die therapeutisch unschätzbar sein wird, wenn wir erst ihre Mechanismen durchschauen und gelernt haben, sie gezielt und systematisch einzusetzen. Das dokumentieren die zusammengetragenen Erkenntnisse und Beispiele der Tagung in Bethesda. Diese Botschaft ist auch vom NIH verstanden worden. Neue, während der Konferenz empfohlene Forschungswege werden mit Regierungsgeldern gefördert.

Während das Low-Tech-Instrumentarium der Selbstheilungskräfte also einerseits noch in den Entwicklungslabors geprüft wird, gibt es andererseits Praktiker, die bereits mit dem noch im Dunkeln liegenden zweiten Wirkungsweg erfolgreich behandeln.

Im Sport etwa haben Trainer entdeckt, wie sie die Leistung ihrer Athleten mit men-

talem Training steigern können: nämlich durch vorgestellte, in der Fantasie präzise ausgeführte Bewegungsabläufe des Körpers. Das Vertrauen in die Wirkung solcher zielgerichteter Tagträume ist aus der Einsicht gewachsen, dass nicht der Fuß eines Spielers, sondern sein Kopf das Traumtor schießt. Und tatsächlich: Was ohne physische Anstrengung außerhalb der üblichen Trainingsstunden in entspannter Ruhelage eingeübt wird, sitzt später. Aufschlag, Sprung, Wurf gelingen nahezu makellos.

Inzwischen wird diese Technik von dem Sportpsychologen Jan Mayer in der Rehabilitation eingesetzt. Damit Patienten mit neuen Kunstgelenken auch „neu“ gehen lernen, statt mit der in Leidensjahren angewöhnten Schonhaltung, trainieren sie die richtige Bewegung mental. Sie korrigieren die alten Fehler mal in der Vorstellung und mal, Schritt für Schritt, in der Wirklichkeit, indem sie sich die vor ihrem geistigen Auge ablaufende richtige Haltung immer wieder vergegenwärtigen.

Unter denen, die mit Selbstheilungskräften schon vielen geholfen haben, ist Dean Ornish vielleicht der prominenteste. Der Präsident eines Forschungsinstituts für Präventivmedizin in Sausalito [CA, USA] und Professor an der University of California in San Francisco demonstriert seit 25 Jahren in klinischen Therapien, was Kardiologen für unmöglich erklären: Er heilt Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen der Herzkranzgefäße, mit Verschlüssen und Angina-pectoris-Attacken ohne Medikamente oder Operationen.

Neben strenger Diät, Bewegungstraining und Meditation lehrt Ornish seine Patienten, sich visuelle Vorstellungen ihrer Leidensgeschichte zu machen. Unter seiner Anleitung begeben sie sich auf den Weg nach innen, zu der Mauer,

Wer meditiert, kann seine Gedanken wie Werkzeuge lenken und damit körperliche Veränderungen herbeiführen – etwa den Blutdruck senken, Gefäßablagerungen abbauen oder Antikörperzahlen steigern

die ihr Herz eng umschließt und es jahrelang geschützt hat vor Verletzungen. In einem behutsamen Dialog mit dieser Festung ihres Herzens bedanken sie sich für deren gute Dienste in der Vergangenheit und bitten sie, ihnen künftig mehr Raum zu geben und sich allmählich zu öffnen.

▷

Solche jahrtausendealten Visualisierungstechniken bringen schon nach Wochen Erleichterung, nach einem Jahr waren Ablagerungen in den Arterien der Probanden um 1,76 Prozent, nach fünf Jahren um 3,1 Prozent zurückgegangen. Das Wesentliche an der Methode, die Ornish selbst als „emotionale Chirurgie am offenen Herzen“ beschreibt, sei, dass er die psychosoziale Situation der Patienten mit einbe-

ziehe. Ornish lehrte sie, wie sie es schaffen können, auch in ihrem Lebensalltag die Mauern niederzulegen und für Körper und Geist regelmäßig einen Zustand der Ruhe und Gelassenheit zu schaffen. „Das Wohlfühl“, das sie auf diese Weise erzielen, sagt Ornish, „kann man auch Gesundheit nennen.“

Uta Henschel, GEO-Redakteurin

Nachdruck aus GEO 10, Oktober 2003, S. 38–47
Mit freundlicher Genehmigung des Verlags
Gruner + Jahr AG & Co. KG, Hamburg,
GEO Redaktion

Illustrationen und Zwischenüberschriften in []
sowie andere Ausdrücke in [] hinzugefügt von
der Redaktion der „Lebenslinien“.

Für Sie gelesen und zur Lektüre empfohlen

Heilen beginnt mit Zuhören

Besprechung eines Buches von Bernard Lown¹

„Ist ‚heilen‘ denn etwas anderes oder gar mehr als erfolgreich ‚reparieren‘?“ fragt Professor Ulrich Gottstein im Geleitwort zu dem Buch. Er unterstreicht, dass der Mensch nicht nur aus gut funktionierenden Organen und einer korrekten Biochemie zusammengesetzt sei, sondern auch eine Seele habe und – einen Buchtitel von Lown zitierend – dass der gute Arzt die ärztliche Kunst praktizieren, dabei aber gleichzeitig die Wissenschaft beherrschen müsse; schließlich noch, dass der Mensch mehr sei als eine Summe von Organen, die man reparieren oder gar ersetzen könne, nämlich ein Ganzes aus Körper und Geist. Mit diesen Aussagen im Geleitwort ist auch schon ein wesentlicher Teil des Buches umrissen, dessen Autor nicht etwa ein Psychosomatiker, sondern einer der führenden Kardiologen in USA und emeritierter Professor der Harvard Universität ist; ihm sind entscheidende Entwicklungen zu verdanken wie etwa die lebensrettende Defibrillation², und im Jahr 1985 durfte er den Friedensnobelpreis für die „Internationalen Ärzte für die Verhinderung des Atomkriegs (IPPNW)“ entgegennehmen.

Den Menschen als Ganzes wieder in den Mittelpunkt der ärztlichen Kunst zu rücken, macht dieses Buch für uns Transplantierte vielleicht besonders

wichtig. Lown hat dieses Buch im Jahr 1996 veröffentlicht nach lebenslanger medizinischer Erfahrung in den verschiedensten Positionen.

Das Buch ist in sechs Teile gegliedert: (I) Dem Patienten zuhören können: die Kunst der Diagnosestellung; (II) Den Patienten heilen: die ärztliche Kunst; (III) Den Patienten heilen: die Wissenschaft; (IV) Unheilbare Probleme; (V) Die Belohnungen für ärztliches Handeln; (VI) Die Kunst, Patient zu sein. Im Mittelpunkt steht der Patient, und das Buch ist voll von Fallbeschreibungen aus jahrzehntelanger ärztlicher Erfahrung, die die Interaktion zwischen Arzt und Patient und die daraus resultierenden positiven und negativen Wirkungen auf den Patienten erhellen.

Anamnese³ – Zuhören – Gespräch

„Die Anamneseerhebung ist der wichtigste Aspekt des Arztseins.“ So beginnt das zweite Kapitel (S. 49). Eine sorgfältig erhobene Krankengeschichte und eine gründliche körperliche Untersuchung mit ein paar einfachen Routinetests können in 85 Prozent der Fälle die wichtigsten Informationen liefern, die für eine korrekte Diagnose erforderlich sind. Teure Technologien und invasive Prozeduren liefern nur etwa 10 Prozent der Daten zur Sicher-

ung der Diagnose (S. 118). Durchgängig wird betont, wie wichtig es ist, dass der Arzt zuhört und sich Zeit nimmt und wie wichtig Worte sind, sowohl im positiven wie negativen Sinne. Worte des Arztes können verletzen und eine Krankheit verschlimmern bzw. sogar erst auslösen; dafür gibt es eine Fülle von Beispielen in dem Buch: von Worten, die beim Patienten schwere Angstzustände auslösen und in seltenen Fällen sogar zum Tod führen („Sie leben mit geborgter Zeit“; „Es geht schnell mit Ihnen bergab“; „Sie können jederzeit einen Herzinfarkt oder Schlimmeres erleiden“)⁴; auch die Motivation für überdeutliche und negative ärztliche Auslassungen wird untersucht: vom Wunsch, beim Patienten keine Zweifel über die Diagnose aufkommen zu lassen, bis zu wirtschaftlichen Gründen, um möglichst aufwändige Verfahren zu rechtfertigen.

Worte des Arztes können natürlich auch heilen, wobei sich positive ärztliche Sprache auch im Berühren des Patienten äußern kann. Auch hierfür gibt es eine Fülle von Fallbeispielen; in jedem der geschilderten Fälle hat Lown versucht, dem Patienten eine Zukunftsperspektive zu bieten und damit erstaunliche Erfolge erzielt. Er sagt: „Das Gespräch, das therapeutisch sein kann, wird oft als Werkzeug in der Ausrüstung eines Arztes unterschätzt.“



(S. 64) „Auch wenn die Lage sehr ernst ist, konzentriere ich mich auf die ermutigenden Dinge, ohne in ein scheinheiliges Geschwafel zu verfallen.“ (S. 71) Häufig gipfelten die ermutigenden Worte auch im Abraten von einem baldigen nächsten Arztbesuch!

Lown zeigt mit vielen Fallbeispielen, dass sich der Arzt nicht ausschließlich auf die Hauptklage des Patienten und die erkrankten Organe konzentrieren dürfe, sondern im Gespräch auch weitere belastende Aspekte (Stressfaktoren wie familiäre Psychopathologie eruieren müsse, „was die Seele des Patienten in Aufruhr versetzt“ (S. 74). In solchen Situationen käme es auch auf klare Worte und entschiedenes Auftreten des Arztes an, das dem Patienten Vertrauen vermittelt und Selbstheilungskräfte mobilisieren kann.⁵

Lown sieht es als Problem an, dass die „wissenschaftliche Revolution“ in der Medizin beim Patienten die Erwartung fördere, jede Krankheit könne sofort behandelt werden. Dabei seien viele klinische Probleme einmalig und außergewöhnlich und es lägen keine ausreichenden Untersuchungen mit harten statistischen Daten vor, so dass der Patient oft „als seine eigene Kontrollgruppe dienen“ müsse. Vor diesem Hintergrund ist Lown auch sehr offen für die sog. alternative Medizin, insbesondere auch Heilmethoden wie Akupunktur (S. 105–112).

Heilen als Naturwissenschaft

Den naturwissenschaftlichen Methoden der Medizin, die die moderne Medizin begründen, ist das dritte Kapitel gewidmet. Wissenschaftliche Tätigkeit und Entdeckungen haben in Lowns Leben einen vorrangigen Platz. Dennoch liegt der Schwerpunkt des Buches bei den weniger sophistizierten Methoden und bei den sog. „unheilbaren Problemen“ (viertes Kapitel) wie der Betreuung alter Menschen, dem Umgang mit Einsamkeit, Depressionen und dem Sterben.

Der „wissenschaftliche Teil“ des Buchs konzentriert sich im Wesentlichen auf kardiologische Probleme und ist für unsere Leserschaft vielleicht nicht von primärem Interesse. Interessant ist allerdings, wie konventionelles Vorgehen (z.B. strikte Bettruhe nach Herzinfarkt) in Frage gestellt wurde und ein alternativer Ansatz (nämlich das für verrückt erklärte Vorgehen, die

Patienten baldmöglichst aus dem Bett zu holen und in sitzender Haltung zu behandeln) zu wesentlich besseren Ergebnissen führt (S. 148–158). Lown resümiert, dass viele ärztliche Praktiken nicht besonders fundiert seien und häufig von Gewohnheit und Beharrungsvermögen getragen würden (S. 157). Unkonventionelles Denken hat in Lowns wissenschaftlicher Karriere zu zahlreichen neuen Entwicklungen geführt, über die hier aber nicht weiter berichtet werden soll.

Unheilbare Probleme

Da Altern unvermeidlich ist, werden die damit verbundenen Probleme als unheilbar diskutiert; es werden aber viele Abhilfen angeboten, die insbesondere auch für uns Transplantierte (d.h. die etwas Älteren unter uns) relevant sind. Wie geht man mit Einsamkeit, (leichten) Depressionen, mit dem Verlust des Arbeitsplatzes u.ä. um? Viele, auch recht unterhaltsame, Fallbeispiele beleuchten diese Lebensumstände. Da ist z.B. der Mathematikprofessor, dem sein Platz im Institut genommen wird und der deshalb depressiv wird (S. 203–206). Schließlich hilft es ihm, als er Möglichkeiten entdeckt, auch von zu Hause aus weiterhin kreativ tätig zu sein. [Man möchte hinzufügen, dass es auch für uns Transplantierte, falls wir nicht mehr der gewohnten Arbeit nachgehen können, eine Fülle von Möglichkeiten gibt, sich gesellschaftlich nützlich zu betätigen und Anerkennung zu finden.] Auch Antidepressiva werden erwähnt, aber wichtiger ist eine positive Einstellung zum Leben.

Die Rolle des Patienten

„Ein Arzt muss die Kunst beherrschen, Menschen zu verstehen, um die von der Wissenschaft vermittelten Erkenntnisse erläutern zu können.“ „... die Kunst des Patienten [ist] darauf gerichtet, den Arzt zur Integration des Heilens in die Behandlung zu bewegen.“ (S. 261) So beginnt das letzte Kapitel des Buchs. Um heilen zu können, bedürfe es eines guten Verhältnisses zwischen Arzt und Patient und einer Beziehung von Gleichrangigkeit. Der Patient müsse begreifen, dass viele Beschwerden nicht von einer Krankheit, sondern von den Unbilden des täglichen Lebens herrühren. Er sollte deshalb nicht vom Arzt die Verschaffung von Glückseligkeit erwarten. Der gut informierte Patient könne am besten durch das unvollkommene Gesundheitsfürsorgesystem segeln.

Im Zentrum all dessen steht jedoch das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis. „Die Chemie zwischen Arzt und Patient muss stimmen. Der Patient muss sich dem Arzt gegenüber so entspannt fühlen wie in Anwesenheit eines guten Freundes.“ (S. 275)

Ulrich R. W. Thumm

1 Bernard Lown: *Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken*, Schattauer 2002 (Titel der amerikanischen Originalausgabe: *The Lost Art of Healing. How can health care become a more human interaction?* Houghton Mifflin Company 1996)

2 *Verfahren zur Durchbrechung eines Herz-Kreislauf-Stillstands*

3 *Krankengeschichte; Art, Beginn und Verlauf der aktuellen Beschwerden, die im ärztlichen Gespräch mit dem Kranken oder dessen Angehörigen erfragt werden*

4 *Der Autor dieser Rezension hat selbst eine derartige Erfahrung gemacht, als ihm ein berühmter Arzt die Diagnose der PSC bestätigte und das schlimmste Szenario über den Krankheitsfortschritt bis hin zum Tod („Dann sind Sie weg vom Fenster“) ausmalte.*

5 *An dieser Stelle sei noch ein ergänzender Hinweis des Verfassers dieser Rezension erlaubt, und zwar auf die sog. Evolutionsmedizin. Manchmal fehlt den Ratschlägen des Arztes eine einleuchtende Begründung. Diese könnte zuweilen evolutionsmedizinisch gegeben werden. Beispielsweise kann eine genetische Prädisposition einen Patienten anfällig für koronare Herzerkrankungen oder für Krebs oder auch für entzündliche Darmerkrankungen und Lebererkrankungen machen. Die Empfehlung des Arztes zu einer Veränderung des Lebensstils (Ernährung, Bewegung; siehe dazu auch die Besprechung des WHO/FAO Berichts im Heft 2/2004 der „Lebenslinien“) könnte beim Patienten auf Unverständnis und wenig Gegenliebe stoßen, wenn er auch auf die genetische Prädisposition hingewiesen wird, ohne die weiteren evolutionsbiologischen Zusammenhänge zu erklären, dass nämlich der Mensch im Laufe der Entwicklung anders gelebt und sich anders ernährt hat, so dass die genetischen Anlagen nicht unbedingt zu einem Durchbruch der Krankheit geführt hätten. Genetische Prädisposition könnte leicht als Unvermeidbarkeit der Krankheit missverstanden werden, so dass die Ernährungsratschläge auf taube Ohren stoßen, weil sie unbequem sein könnten. Siehe dazu ein interessantes Buch über Evolutionsmedizin: Randolph M. Nesse, George C. Williams: *Warum wir krank werden. Die Antworten der Evolutionsmedizin*, Beck 1997, insbesondere Kapitel XV: *Die Evolution der Medizin*.*

10 Jahre Leben mit einem gespendeten Organ – 10 Jahre geschenktes Leben

Liebe Angehörige meines Organspenders!

Heute darf ich meinen „10. Geburtstag“ feiern. Durch die Organspende eines Ihrer Angehörigen konnte mir in einer schweren gesundheitlichen Krise durch eine Lebertransplantation eine Chance auf ein Weiterleben gegeben werden. Mir schien diese Möglichkeit, als sie von den Ärzten angeboten wurde, nicht mehr als ein Strohalm zu sein. Aber jetzt nach zehn Jahren hat sich diese medizinische Möglichkeit als dicker Balken erwiesen, der wieder Stabilität in meine Gesundheit gebracht hat und mir eine neue Lebensqualität geschenkt hat. Natürlich lief nicht immer alles glatt, die Nebenwirkungen der Medikamente und andere Komplikationen waren zu überstehen. Aber diese habe ich gerne in Kauf genommen, denn ich kann ein nahezu normales Leben führen. Zwar nicht mehr als Arbeitnehmer – meine Firma hat meinen Arbeitsplatz während meiner langen Abwesenheit von fast zwei Jahren wegrationallisiert –, aber umso mehr in der Familie. Meine gewonnene Lebenszeit und die Freiheit habe ich gerne genutzt, meine Erfahrungen und mein Wissen anderen zu vermitteln und für sie in ihren schwierigsten Stunden da zu sein, nämlich in der Zeit vor der Transplantation, in Zeiten der Hoffnung und der Angst, ja besonders auch der schlechten gesundheitlichen Verfassung. Dies habe ich gerne getan und führe es auch weiter fort durch die Arbeit in einer Selbsthilfeorganisation für Organtransplantierte.

Dies alles ist nur möglich durch die uneigennützigte Entscheidung von Menschen, nach ihrem eigenen Tod anderen ein Weiterleben zu ermöglichen. Ihr Angehöriger – oder auch Sie selbst stellvertretend – haben Ja zu einer Organspende gesagt. Durch meine sehr seltene Blutgruppe hatte ich keine Hoffnung, bald ein Organ zu bekommen. Nun, es lief ganz anders: Als es nur noch um wenige Tage ging, kam der rettende Anruf von der Klinik.

An diesem meinem „10. Geburtstag“ denke ich an die Zeit meiner langen Krankheit zurück. Ganz intensiv und dankbar jedoch an meinen Organspender und auch an seine Angehörigen, denn mein Geburtstag ist der Todestag eines lieben Angehörigen von Ihnen. In einem Lied heißt es „Im Tod ist das Leben“ – heute verstehe ich dies nur zu gut. Es gibt nichts Größeres, als einem anderen Menschen Leben zu schenken.

Mit freundlichen Grüßen und mit besten Wünschen für Ihre ganze Familie,

Ihr dankbarer Organempfänger

Im Februar 2004

„Keiner lebt für sich allein“

Die Kontaktgruppe im Kreis Ludwigsburg feierte am Samstag, dem 16. Oktober 2004 ihr 10-jähriges Bestehen mit einem ökumenischen Dankgottesdienst und einem Fest im Gemeindehaus Zum Guten Hirten in Bissingen mit dem Motto „Keiner lebt für sich allein“.



Zehn Jahre Zusammenarbeit Betroffener mit vielen intensiven Begegnungen – dies war schon ein wichtiger Anlass für die Kontaktgruppe im Kreis Ludwigsburg zu feiern, dabei dankbar zurück zu schauen, aber auch den Blick vorwärts zu richten. Eingeladen waren neben den Gruppenmitgliedern und ihren Angehörigen, viele Helfer, mit denen sie durch ihre Krankheit und die vielen Aktivitäten verbunden sind, denn „Keiner lebt für sich allein“. Dieses Motto zog sich wie ein roter Faden durch den Jubiläumstag.

Der Festtag begann am Vormittag mit einem ökumenischen Dankgottesdienst mit dem ev. Gemeindepfarrer Thomas Dreher und der kath. Krankenhausseelsorgerin Andrea Wedig, der nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch den Gästen „unter die Haut“ ging. Die beiden Geistlichen haben sich mit der Situation Transplantierte und Wartepatienten auseinandergesetzt und die Gebete, den Psalm 30 und ihre Ansprache zu Mt. 6, 25–33 einfühlsam ausgewählt. Bei einer symbolischen Handlung knüpften die Gottesdienstbesucher mit Wollfäden ein Netz der Beziehungen. Beim Totengedenken zündeten Transplantierte dankbar ein Licht für ihren Organspender an und es wurde auch der Verstorbene vor und nach Transplantation gedacht. Die Singgruppe „Junger Chor St. Laurentius“ aus Bietigheim hat mit gutem Gespür die passenden Lieder dazu ausgewählt. Als Spende wurde ein Beitrag für die Stiftung Rehaklinik „Ederhof“, erbeten, die Kinder und Jugendliche nach Transplantation betreut.

Etwa einhundert Teilnehmer aus nah und fern trafen sich dann im Gemeindehaus zu einem Begrüßungsaperitif und einem bekömmlichen Mittagessen. Der festliche Nachmittag, zu dem auch Vertreter der Politik, Ärzte und Apotheker begrüßt werden konnten, begann mit einem Grußwort von Oberbürgermeister Jürgen Kessing. Er würdigte die ehrenamtliche Arbeit der Gruppe: „Die Menschen brauchen Sie. Gerade wenn man gesundheitlich angeschla-



Dr. Uschi Straub vom Kreisjugendamt überbringt Glückwünsche und Geschenke. V.l.n.r.: Josef Theiss, Eberhard Gienger MdB, Christel Beger-Mehlhorn, Dr. Uschi Straub

gen und die eigene Existenz in Gefahr ist, ist es gut, jemanden zu haben, der einem hilft.“ Bundestagsabgeordneter Eberhard Gienger, mehrfacher Turnerweltmeister und Mitglied der Initiative „Verein Sportler für Organspende“ ging auf die zu geringe Spendebereitschaft ein, die auch in Berlin ein Thema sei.

Prof. Dr. Werner Lauchart, Geschäftsführer der Deutschen Stiftung Organtransplantation Region Südwest, lobte die Mitstreiter an der „Gemeinschaftsaufgabe Organspende“ und ging insbesondere auf das Fehlen von Transplantationsbeauftragten und die ungenügenden Spendermeldungen durch die Kliniken ein. Prof. Dr. Siegfried Walker, Chefarzt des Bietigheimer Klinikums, bezeichnete die Selbsthilfegruppe als eine feste Größe in der Aufklärung bzgl. chronischer Lebererkrankungen. PD Dr. med. Peter Petersen vom Uniklinikum Tübingen schließlich referierte über die Entwicklung der Immunsuppressiva und aktuelle verbesserte Medikamente.

Nach einer musikalischen Einlage des Trios um Ursula Nepf am Klavier und mit zwei Klarinetten überreichte Dr. Uschi Straub vom Kreisgesundheitsamt dem „wertvollen Kooperationspartner“ symbolische Geschenke. Darunter eine Rose mit vielen Blütenblättern, die wie die Gruppe sei, als Zeichen für Leidenschaft, Liebe und Lebenslust. Dazu gab es eine große Glück-

wunschkarte und eine Torte zum Motto des Tages gestaltet. Verbunden mit einem dicken Seil konnten die Mitfeiernden der Gruppe ihre persönlichen Glückwünsche aussprechen.

Unsere Vorsitzende Jutta Riemer überbrachte den Dank des Vorstands für die geleistete Arbeit für den Verein und die Betroffenen und stellte den Verein und seine Aufgaben vor. Die Kontaktgruppe und ihre Ansprechpartner seien die feste Basis des Vereins, betonte Jutta Riemer.

Mit einem Rückblick über die vergangenen zehn Jahre schloss Josef Theiss mit einem Vortrag über das Werden und Wachsen der Gruppe und ihre Arbeit die Beiträge ab. Im Jahr 1994 nahm die Kontaktgruppe mit anfänglich nur wenigen von einer Transplantation Betroffenen ihren Anfang. Sie ist zu einer stattlichen Gruppe herangewachsen, in der sich die Mitglieder zum Gespräch, zum Erfahrungsaustausch, zur Information und zu geselligen Unternehmungen mehrmals im Jahr treffen. Sie sind zu Freunden geworden, die Freud und Leid miteinander teilen.

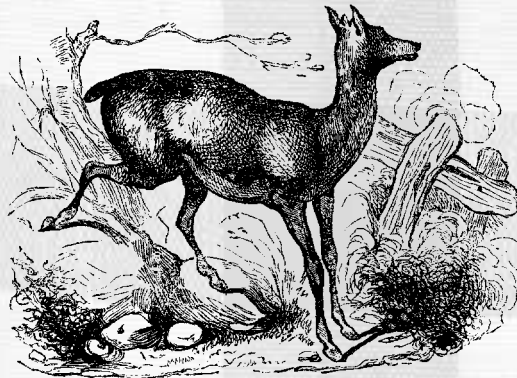
Zum Abschluss gab es allen Grund, dem Team der Kontaktgruppe für die Vorbereitung des gelungenen Festes und den aktiv dazu Beitragenden aus vollem Herzen zu danken. Nicht zu vergessen die Sponsoren, ohne die das Fest so nicht möglich gewesen wäre. Die Jubiläumsfeier klang bei Kaffee und Kuchen und einem freundschaftlichen Beisammensein in schöner Atmosphäre aus.

Die Medien im Landkreis berichteten ausführlich über das Jubiläum, verbunden mit einem Interview mit Prof. Dr. Werner Lauchart von der DSO. So wurde auch dieses Ziel erreicht: neben der Feier vieler Jahre gemeinsamer Arbeit auch die Information der Öffentlichkeit zum lebenswichtigen Thema Organspende.

*Christel Beger-Mehlhorn
Josef Theiss*



Wildfleisch: Die gesunde Delikatesse



Wildfleisch stammt aus der ökologisch notwendigen Bejagung der einheimischen Schalenwildarten Reh, Wildschwein, Rot- und Damwild und gilt als Delikatesse. Wildfleisch aus freier Wildbahn ist gesundes Fleisch, da Wild nur natürliche Nahrung in Wald und Flur aufnimmt. Rückstände von Medikamenten oder Hormonpräparaten sind deshalb garantiert nicht enthalten. Außerordentlich wohlschmeckend, bietet es je nach Wildart für jeden Geschmack etwas, ist fettarm, eiweißreich und bekömmlich. Neben den üblichen Zubereitungsarten eignet es sich auch gut zum Räuchern.

Wild in der Ernährung

Wild ernährt sich von verschiedensten Gräsern, Kräutern, Knospen, Früchten der Waldbäume und zeichnet sich daher durch einen würzigen, unverwechselbaren Geschmack aus. Wild ist reich an Mineralstoffen, Kalium, Phosphor, Eisen, Kupfer und Zink sowie Vitamin B2. Der geringe Fettansatz ergibt sich aus der starken körperlichen Bewegung des Wildes.

Das wohl geschmackvollste Wild ist das Reh. Es ernährt sich nur von Kräutern und Knospen. Bei Wildgeflügel muss man darauf achten, dass es sehr jung ist, da sonst

der Bratentopf früher gar ist als der Braten. Wildschwein ist durch hohe Bestände und starke Bejagung reichlich und preiswert am Markt. Keiler (männliches Schwein) sollte man nicht kaufen, wenn sie in den Monaten November, Dezember und Januar erlegt wurden. Um sicher zu gehen, kaufen Sie möglichst das Wildfleisch direkt vom Jäger. Er kann Ihnen genau sagen, um welches Stück es sich handelt.

Zubereitung

Die meisten Verbraucher kennen bei der Verarbeitung nur, dass Wild eingelegt wird. Man muss aber Wild nicht einlegen oder beizen. Diese Art der Zubereitung kommt aus der Vergangenheit, als es noch keine Kühlmöglichkeiten gab und Wild oft mit einem strengen Geschmack, dem sogenannten „Hautgoût“ angeliefert wurde. Heutzutage wird das Wild nach strengen Wildbrethygienevorschriften verarbeitet.

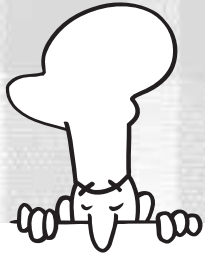
Braten Sie Wild nicht zu lange, das Fleisch wird dann trocken. Das Fleisch ist exakt fertig, wenn es beim Drücken auf den Braten nicht mehr nachgibt. Schon während des Bratens können sie reichlich säuerliche Beeren (z.B. Preiselbeeren, rote oder schwarze Johannisbeeren, Jostabeeren – jeweils als Marmelade oder Gelee) zu dem Bratenfond hinzugeben, so wird die Wildsoße vorzüglich.

Ernst Eberle

Energiewerte der wichtigsten Wild- und Geflügelarten:

100 g essbarer Anteil enthalten	Wasser G	Eiweiß g	Fett G	Kohlenhydrate g	Kilo-Joule	Kilo-Kalorien
Reh – Rücken	72,2	22,4	3,55	*	534	128
Reh – Keule	75,7	21,4	1,25	*	429	103
Hirsch	74,7	20,6	3,34	*	494	118
Damhirsch	75	20	2,5	1	485	116
Wildschwein	75	22	2,4	0,4	460	110
Hase	73,3	21,6	3,0	*	499	119
Kaninchen	69,6	20,8	7,62	0,6	669	160
Fasan	74	23,9	2	*	439	105
Wildente	73	23	3	0,5	519	124

* = gar nicht oder nur in Spuren vorhanden: Souci/Fachmann/Kraut und Documenta.



Rehtöpfe mit Gemüse

1

Zutaten (für 4 Personen):

500 g Rehfleisch, Salz, Pfeffer aus der Mühle, 1 TL Thymian, 1 EL Majoran, 1 TL geschrotete Pfefferkörner, 1–2 Lorbeerblätter, 2 EL Butterschmalz, 1 Zwiebel, 1 Karotte, 1 kleine Stange Lauch, 1/2 rote Paprikaschote, 1 Stück Sellerie, 100 g Brokkoliröschen, 1 Glas Weißwein, 1 l Fleischbrühe, 1 Prise Muskat, 1 Prise Cayennepfeffer, 2 EL Johannisbeergelee oder -marmelade, 2–3 EL Wein- oder Weißweinessig, 1/2 Bund Petersilie

So wird's gemacht:

Das abgewaschene und trockengeputzte Rehfleisch in mundgerechte Würfel schneiden, es mit Salz, Pfeffer, Thymian und Majoran kräftig würzen. Die geschroteten Pfefferkörner und das fein zerriebene Lorbeerlaub in das Fleisch reiben. Butterschmalz im Topf erhitzen und das Fleisch rundherum anbraten und Farbe nehmen lassen. Zwiebel, Karotte, Lauch und Paprikaschote, Sellerie und Brokkoli putzen und klein schneiden. Dann zum Fleisch geben und kurz mitschwitzen. Mit Weißwein ablöschen und mit der Fleischbrühe auffüllen. Nochmals mit Salz, Pfeffer, Muskat und Cayennepfeffer würzen und bei mäßiger Hitze 50 bis 60 Minuten köcheln lassen. Nach Ende der Garzeit das Johannisbeergelee oder die Marmelade unterrühren, mit Weinessig säuerlich abschmecken, anrichten und mit feingehackter Petersilie bestreut servieren.

Bemerkung:

Bei Zugaben von Wein ergibt sich kein Problem mit Alkohol, wenn die Soße nach der Zugabe ein Mal kräftig aufgeköcht wird. Sollten Sie trotzdem Bedenken haben, kann der Wein durch Weinessig (Rot- oder Weißweinessig) in der Menge von 1/10 ersetzt werden.

Rehkeule „St. Hubertus“ mit Kräuterkruste

2

Zutaten (für 4 Personen):

1 küchenfertige Rehkeule, Salz, schwarzer Pfeffer aus der Mühle, 1 TL Majoran, 1 TL Thymian, 2 EL Butterschmalz, 1 Zwiebel, 2 Karotten, 1 Stück Sellerie, 1/2 l Rotwein, 1/4 l Gemüsebrühe, 1 TL Wacholderbeeren, 1 TL Pfefferkörner, 2–3 Lorbeerblätter, 2–3 EL Essig, 2–3 EL Preiselbeermarmelade, 1 Becher Sahne, 4–5 EL Mehl
Für die Kruste:
1/2 Tasse mittelscharfer Senf, 1/2 Tasse gehackte Kräuter, 1/2 Tasse Vollkornbrösel, 4–5 EL gehackte Nüsse, 2 Eier

So wird's gemacht:

Rehkeule auslösen, mit Salz, Pfeffer, Majoran und Thymian würzen, die Keule zusammenrollen, mit Küchenschnur binden oder in ein Bratnetz geben. Das Butterschmalz in einem Bräter erhitzen und die Rehkeule darin rundherum gut anbraten. Das geputzte und feingewiegte Gemüse dazugeben und kurz mitschwitzen. Mit Rotwein ablöschen und mit der Gemüsebrühe auffüllen. Wacholderbeeren, Pfefferkörner, Lorbeerblätter, Essig und die Preiselbeeren unter die Soße rühren und das Ganze zugedeckt im auf 180 °C vorgeheizten Backofen ca. 80 bis 90 Minuten schmoren lassen. Die Sahne und das Mehl glatt rühren und 20 Minuten vor Garende unter die Soße rühren, im offenen Topf fertig garen.

In der Zwischenzeit für die Kruste den Senf, die Kräuter, die Vollkornbrösel, die Nüsse und die Eier verrühren. Nach Ende der Garzeit die Rehkeule herausnehmen, gut abtropfen lassen, die Masse gleichmäßig auf der Keule verteilen und unter dem Grill so lange überbacken, bis die Kruste eine goldene Farbe bekommen hat.

Die Soße in der Zwischenzeit durch ein Sieb streichen und nochmals kräftig abschmecken.

Die Rehkeule in Scheiben schneiden, anrichten, die Soße angießen und mit Apfelrotkraut und Kartoffelkroketten servieren.



3

Wildschweinrouladen mit Kräuterfüllung

Zutaten (für 4 Personen):

4 Wildschweinrouladen je ca. 200 g, Salz, Pfeffer, 1–2 EL mittelscharfer Senf, 4 Scheiben durchwachsender Speck, 2 in Milch eingeweichte Brötchen, 1 Zwiebel, 1 Ei, 1 Tasse gemischte und gehackte Kräuter, 1 Prise Muskatpulver, 1–2 EL Preiselbeermarmelade, 2–3 EL Butterschmalz.

Weiter wird benötigt: 1 Zwiebel, 1 Stück Lauch, 2 Karotten, 1 Stück Sellerie, 1–2 EL Tomatenmark, 1/4 l Rotwein, 1/4 l Gemüsebrühe, 1 Lorbeerblatt, 1 Zweig Rosmarin, 1 Zweig Thymian, 1 Tasse Johannisbeersaft, 2–3 EL Mehl, 1 Tasse Johannisbeerkompott oder -marmelade

So wird's gemacht:

Die Wildschweinrouladen dünn klopfen, salzen und pfeffern und mit Senf bestreichen. Je 1 Scheibe Speck drauflegen. Die eingeweichten Brötchen gut ausdrücken, mit feingehackter Zwiebel, dem Ei und den Kräutern vermischen, mit Salz, Pfeffer, Muskatnuss und der Preiselbeermarmelade abschmecken. Die Füllung gleichmäßig auf die Rouladen verteilen und zusammenrollen. Mit Küchenschnur binden oder mit Klammern zusammenstecken. Rouladen im erhitzten Butterschmalz rundum gut anbraten, das in Würfel geschnittene Gemüse zugeben und kurz mitbraten. Das Tomatenmark unterrühren, das Lorbeerblatt sowie die Kräuterzweige zugeben und das Ganze mit Rotwein ablöschen. Mit der Gemüsebrühe auffüllen und zugedeckt im Backofen bei 180–200 °C ca. 60 Minuten schmoren lassen.

Den Johannisbeersaft mit dem Mehl verrühren, unter die Soße ziehen, offen weitere 20 Minuten garen. Zum Schluss das Johannisbeerkompott oder die Marmelade untermischen, die Soße nochmals abschmecken, die Rouladen anrichten. Dazu passt vorzüglich gedünsteter Chicorée mit gebratenem Speck.

Resümee Öffentlichkeitsarbeit für den Tag der Organspende am 5.6.2004 in Bamberg

Für den Erfolg einer großen Veranstaltung wie der in Bamberg ist eine breite Öffentlichkeitsarbeit erforderlich. Damit soll einerseits erreicht werden, dass für die Veranstaltung Interesse geweckt wird und Teilnehmer angezogen werden, andererseits soll das Thema der Organspende in die Öffentlichkeit transportiert werden.

Was wurde in diesem Sinne für diese Veranstaltung in Bamberg getan?

1. Zunächst wurden Veranstaltungsflyer und Plakate erarbeitet. Es wurden 4.500 Flyer und 400 Plakate erstellt. Große Mengen an Flyern und Plakaten wurden Apotheken, Ärzten, evangelischen und katholischen Kirchengemeinden in und um Bamberg zur Auslage bzw. zum Aushang zugeschickt. Darüber hinaus erhielten alle Mitglieder der SLD e.V. (ca. 800) je einen Flyer. Alle Transplantationszentren und viele andere Kliniken erhielten Flyer und Plakate zur Auslage bzw. zum Aushang und viele andere Selbsthilfegruppen in und um Bamberg sowie alle DSO-Bereiche und viele Einzelpersonen.

2. Etwa 2 1/2 Wochen vor der Veranstaltung wurden 18 verschiedene Tageszeitungen (größtenteils regional) und 9 Rundfunk- und Fernsehstationen (regional) mit Informationen inkl. eines Statements von Jutta Riemer zu dieser Veranstaltung versorgt einschließlich der Einladung zur Teilnahme an der Veranstaltung und an unserem Pressegespräch am 2.6. in Bamberg.

3. Vier Tage vor der Veranstaltung wurden alle o.a. Zeitungen und Rundfunk-/Fernsehstationen noch einmal mit einer kurzen Pressenotiz zur Veranstaltung versorgt mit der Bitte, diese in der Freitagsausgabe in den Rubriken Termine/Veranstaltungen zu veröffentlichen.

4. Einige Tage vor dem Tag der Organspende wurde ich von einem Rundfunkredakteur angerufen, der mich um Unter-



lagen und Informationen bat, die er umgehend von mir erhielt.

5. Am 2. Juni hatten wir zu einem Pressegespräch in der Cafeteria des Konzerthauses Bamberg eingeladen. Zu diesem Pressegespräch habe ich Pressemappen mit entsprechenden Unterlagen zusammengestellt, die den Redakteuren übergeben wurden. Vor dem eigentlichen Termin hatte uns ein Mitarbeiter der dpa-Presseagentur um ein intensives Gespräch gebeten. Zum Termin kamen weitere zwei Redakteure.

6. Mir liegen die Veröffentlichungen vor von

- Dialyse-Cocktail (Mitgliederzeitschrift DD in Bayern) 2/2004 Juni
- Fränkischer Tag vom 3.6.
- Bayreuther Zeitung vom 5.6.
- Braunschweiger Zeitung vom 7.6.
- Salzgitter Zeitung vom 7.6.
- Wolfsburger Zeitung vom 7.6.

(Die letzten drei Veröffentlichungen basieren auf dem Bericht des dpa-Korrespondenten.)

- Heinrichsblatt vom 8.6. (homepage)
- Heinrichsblatt vom 13.6.
- Bruchsaler Zeitung
- Bayerischer Rundfunk
- SWR
- Nürnberger Nachrichten

Wo darüber hinaus Berichte erschienen, kann von mir aus nicht geprüft werden. Ich bin allerdings sicher, dass zumindest Kurzmitteilungen sowohl in Zeitungen wie in Rundfunkhinweisen erschienen sind. Hin-

weise darauf könnten nur von Mitgliedern aus der Region mitgeteilt werden.

Im Vergleich zum Tag der Organspende in Mainz war natürlich das Medieninteresse in Bamberg nicht so groß. Dafür fehlte uns in Bamberg ein öffentliches „Zugpferd“ wie Kardinal Lehmann in Mainz.

Was die Veröffentlichungen über „unsere“ Themen angeht, sind wir – das muss man immer bedenken – von der aktuellen Nachrichtenlage abhängig und davon, was die jeweiligen Redakteure zu diesem Zeitpunkt als zur Veröffentlichung am wichtigsten erachten. In dem kommenden Pressespiegel der DSO erwarte ich, dass dort einige Artikel abgedruckt sein werden.

Ich denke aber, dass wir durchaus zufrieden sein können, denn immerhin waren zum Gottesdienst etwa 450 Teilnehmer erschienen (nach Schätzung eines Kirchenvertreters), und zum Symposium schätzungsweise 180 bis 200.

Für künftige Veranstaltungen dieser Art wäre es erstrebenswert, wenn ein Aktiver unseres Verbandes eine Stichprobenbefragung vornimmt, über welchen Weg die Teilnehmer auf unsere Veranstaltung aufmerksam wurden.

Dieter Bernhardt



Fotos: D. Bernhardt / U. Kraus

Rund um Leber, Nieren, Pankreas

Arzt-Patienten-Seminar in Tübingen

Als Gemeinschaftsveranstaltung der Universitätsklinik für Allgemeine Chirurgie, der Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V. und des Verbands der Dialysepatienten Baden-Württemberg e.V. fand das „Arzt-Patienten-Seminar Transplantation“ am 3. Juli 2004 in Tübingen statt, mit Unterstützung der Firmen Novartis, Wyeth und Roche. Das Seminar umfasste einen weiten Themenkreis: vom Problem der Organknappheit und möglichen Abhilfen, über verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient bis hin zur Inselzellen- und Nieren-cum-Pankreas-Transplantation bei Typ-II-Diabetes.

Es war eine sehr gut besuchte Veranstaltung mit über 200 Teilnehmern mit reichlich Gelegenheit für Fragen und Kommentare. Auch für das leibliche Wohl der Teilnehmer war bestens gesorgt.

Wie in „Lebenslinien“ 2/04 berichtet, gab es im Klinikum der Universität Tübingen einen Wechsel: Herr Professor Dr. med. Alfred Königsrainer, vormals Universität Innsbruck, leitet seit 1. April 2004 die Klinik für Allgemeine Chirurgie; mit ihm hat auch Professor Dr. med. W. Steurer von Innsbruck nach Tübingen gewechselt.

Im Mittelpunkt der Referate von Professor Königsrainer und Professor Kirste (seit Anfang Juni Leiter der DSO) stand die Diskussion möglicher Abhilfen für den akuten Mangel an Spenderorganen. Professor Kirste hob insbesondere hervor, dass die Steigerung der Organspenden im Jahr 2003 (insbesondere in Baden-Württemberg) in längerfristiger Betrachtung lediglich eine gewisse Normalisierung darstelle und kein Anlass zur Entwarnung sei; dass im Gegenteil alle Möglichkeiten verfolgt werden müssten, um vermehrt potenzielle Spender zu aktivieren (siehe dazu auch Statistik in der Rubrik „Transplantationsgesetz-Organ spende“ in diesem Heft).

Herr Professor Königsrainer sah gewisse Nachteile im gegenwärtigen System der zentralen Organallokation durch Eurotransplant (ET) (im Gegensatz zu einer zentrenorientierten Zuteilung). Er wies insbesondere auf die hohe Sterblichkeit von Ltx-



Foto: Klaus Zinnecker

Patienten auf der Warteliste hin (die gegenwärtig in Deutschland bei 20 Prozent liegt und damit die höchste Rate im ET-Einflussbereich ist). Neben split liver, Lebendspende und Dominospende sah er nicht zuletzt auch in der Erweiterung der Spenderkriterien eine gewisse Abhilfe für den Mangel an Spenderorganen. Im Klartext bedeutet dies, dass Organe „grenzwertiger Spender“ (insbesondere alter Menschen) zur Transplantation freigegeben werden; die Erfahrungen seien relativ gut und man könne dadurch auch Empfängern helfen, die bislang nicht von einer Transplantation hätten profitieren können. Zwar ist das bestehende ET-Programm „Old for Old“ auf Nieren beschränkt, doch kommen in zunehmendem Maße auch Lebern von alten Spendern (auch mit über 70 Jahren) zur Transplantation.

Dies hob auch Herr Professor Kirste hervor. Er betonte, dass die Verwendung von Spenderorganen alter Menschen beim gegenwärtigen Allokationssystem eine regionale Priorisierung ermögliche und damit eine schnellere Zuteilung mit entsprechend besseren Ergebnissen. Der Schlüssel zu einer wirklichen Verbesserung liege aber in der flächendeckenden Betreuung durch Transplantationsbeauftragte sowie einer gewissen Sanktionierung durch die jeweiligen Landesregierungen derjenigen Krankenhäuser (ca. 60 Prozent), die ihren

gesetzlichen Verpflichtungen im Rahmen der „Gemeinschaftsaufgabe Organspende“ nicht nachkommen. Er diskutierte auch neue Wege bei der Lebendspendertransplantation wie „crossover-Transplantation“ sowie Transplantation bei nicht-kompatiblen Blutgruppen zwischen Empfänger und Spender.

Frau Weibler vom Verband der Dialysepatienten unterstrich in ihrem Referat die Wichtigkeit der Öffentlichkeitsarbeit zur Steigerung des Spenderpotenzials. Sie appellierte insbesondere an die DSO, dass sie sich an dieser Öffentlichkeitsarbeit vermehrt beteiligen möge.

Frau Riemer, die Vorsitzende unseres Selbsthilfevereins, hielt ein sehr interessantes Referat unter dem Titel „Arzt und Patient im Gespräch“; dabei konzentrierte sie sich auf die Mängel in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und probate Abhilfen zu deren Verbesserung. Diese sah sie insbesondere im Erwerb größerer Kompetenz des Arztes auf der emotionalen Ebene und des Patienten auf der Sachebene (durch die Übernahme größerer Eigenverantwortung¹: natürlich mit Befolgen der Medikation und anderer Anweisungen („compliance“), mit spezifischer, auch schriftlicher Vorbereitung auf den Besuch beim Arzt/im TX-Zentrum, mit direktem Ansprechen aller Probleme,



Foto: privat

mit Niederschreiben von Notizen beim Arztbesuch etc.) Es helfe auch, wenn der Patient sich wirklich öffne und Gefühle artikuliere. Allerdings müsse der Patient auch seine eigene Erwartungshaltung überprüfen, die stets realistisch bleiben müsse an-

gesichts der konkreten Situation des Arztes/TX-Zentrums. Ein informierter und gut vorbereiteter Patient werde aber eher als Partner des Arztes ernst genommen als der „unmündige“ Patient. Es komme dann nicht zu der leider häufig geäußerten Beschwer-

de nach dem Arztbesuch: „Der Arzt hat mich abgewimmelt.“

Mit primärem Blick auf Nierenpatienten hielten Dr. Petersen und Professor Dr. Steurer sehr interessante Referate über neue Entwicklungen bei der Pankreas-Inselzellen-Transplantation bzw. über Pankreas-cum-Nieren-Transplantation bei Typ-II-Diabetes.

Wie frühere Veranstaltungen schloss auch dieses Seminar mit einer Diskussion zwischen Publikum und einem erweiterten Kreis von Ärzten am Uniklinikum Tübingen.

Ulrich R. W. Thumm

1 Siehe zu diesem Thema auch die Buchbesprechung „Heilen beginnt mit Zuhören“ in diesem Heft.

Wartepatiententreffen in Mecklenburg-Vorpommern war voller Erfolg

Uni-Rostock und Selbsthilfe Lebertransplantierte luden zur ersten Informationsveranstaltung ein

Am 4. Mai war es soweit: Nach persönlichen Vorgesprächen im Transplantationszentrum Rostock und einer tollen Organisation durch die Transplantationsbeauftragten Frau Ramona Heiden und Frau Marion Burde trafen sich 48 Wartepatienten und ihre Angehörigen. Um 16.00 Uhr ging es los und da war der Konferenzraum in der Uniklinik bis auf den letzten Platz gefüllt. Es mussten sogar noch Stühle herbeigehtolt werden. Mit so einem großen Interesse hatten wir nicht gerechnet. Die Patienten kamen aus ganz Mecklenburg-Vorpommern.

Herr Prof. Dr. Ernst Klar, Leiter der Transplantationschirurgie eröffnete das Treffen. Er stellte sein Team, Herr Prof. Dr. Wolfgang Schareck, Herr Dr. Marco Saß, die Intensivschwester Jana und die „Gute Seele des Ganzen“ Frau Ramona Heiden vor.

In seiner kleinen Rede machte er unter anderem deutlich, wie wichtig ihm die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist. Diese war durch Ilona Freitag und Christine Berning vertreten. Letztere richtete ei-



Foto: privat

nige Worte an die Anwesenden. Dabei wurde herausgehoben, wie wichtig es ist, informiert zu sein, um Ängste abzubauen. Wir als Transplantierte können uns sehr gut in die Situation der Wartepatienten hineinversetzen. Das Interesse der Patienten war sehr groß. Von uns mitgebrachtes Material wie die Zeitschrift „Lebenslinien“, Flyer zu den verschiedensten Themen, Wartepatientenbriefe und Organspende-Ausweise wurden vielfach beachtet und mitgenommen.

Anfangs suchten die Betroffenen in Einzelgesprächen bei den anwesenden Ärzten und Schwestern Rat, später kamen auch noch viele öffentliche Fragen und

Ilona Freitag und ich klärten spezielle Fragen. Wir versuchten Mut zu machen und Ängste zu nehmen.

Prof. Schareck gab einen Ausblick in die Zukunft und informierte uns über eine neue, in Amerika angewandte Methode der Blutuntersuchung. Mit der Meld-Score-Methode kann der genaue Zustand der Leber festgestellt werden. Sie soll auch in deutschen Transplantationszentren zur Anwendung kommen (siehe „Lebenslinien“ 2/2004 und Info auf S. 60).

Dr. Marco Saß erklärte den Anwesenden die Logistik, wenn ein passendes Organ für einen Patienten verfügbar ist. Bei Kaffee und Kuchen und einem tollen Obstbuffet verging die Zeit wie im Fluge.

Fast drei Stunden dauerte unser erstes Treffen. Wir, die Ansprechpartner der Selbsthilfe und die Mitarbeiter des TX-Zentrums, waren uns einig: Das ist nicht das letzte Treffen gewesen! Bald soll ein weiteres folgen.

Christine Berning

Arzt-Patienten-Seminar „Virushepatitis“

Am 8. Mai veranstaltete das Kompetenznetz Hepatitis, kurz Hep-Net genannt, an der Medizinischen Hochschule Hannover ein interessantes Arzt-Patienten-Seminar zum Thema Virushepatitis. Schwerpunkte waren dabei naturgemäß die Hepatitis B und C. Unter der Leitung von Professor Manns referierten Fachärzte zu Untersuchungsmethoden, Krankheitsbildern, Therapieverfahren, neuen Medikamenten und Forschungsprojekten. Nach jedem Vortrag wurden viele Fragen gestellt und über das Für und Wider ausführlich diskutiert. Für die etwa 200 Zuhörer wurde es ein interessanter und kurzweiliger Samstagvormittag.

Ein Randproblem der Hepatitis C sind rheumatische Erkrankungen der Gelenke bei einem Teil der Patienten. Dieser Zusammenhang war vielen Anwesenden neu, er ist auch in der allgemeinen ärztlichen Praxis noch weitgehend unbekannt. Entsprechend intensiv wurde über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten diskutiert. Da-



bei wurde klar, dass nach einer erfolgreichen Therapie der HCV-Infektion auch die rheumatischen Erkrankungen ausheilen.

Von besonderem Interesse waren die vorgestellten Forschungsprojekte, von denen hier nur eines genannt werden soll. Das betreffende Forscherteam fand heraus, dass das Hepatitis-C-Virus fünf Enzyme benötigt, um in die Leberzelle einzudringen und sich dort zu vermehren. Wenn

man dem Virus nur zwei dieser Enzyme entzieht, ist es dazu nicht mehr in der Lage. Die Vermehrung des Virus wäre gestoppt und die Krankheit besiegt. Von diesem Laboransatz bis zur klinischen Erprobung dürften jedoch noch mehrere Jahre vergehen. Ähnlich sieht es bei den anderen Forschungsprojekten aus. Man erahnt zumindest das Licht am Ende des Tunnels.

Im Vorraum des Hörsaals waren wir, neben anderen Selbsthilfegruppen, mit einem Stand vertreten. Viele Besucher informierten sich bei uns über die Lebertransplantation als letzten Ausweg. Mit meinem fast fünfzehnjährigen Überleben als Transplantierter konnte ich Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose Mut machen. Daneben wurde noch viel Material verteilt und Gespräche mit Professor Manns und anderen Ärzten geführt.

Werner Pollakowski

Foto: privat

Regionalgruppe Münster:

1. Gruppentreffen in Ibbenbüren

Das Kennenlernen der 11 Teilnehmer und deren Lebenssituation, das Erzählen von verschiedensten Erlebnissen und Erfahrungen, das Mitteilen von Informationen stand im Vordergrund des 1. Treffens am 13.3.2004. Es hat zu einem lebhaften und vielseitigen Gesprächsaustausch untereinander geführt.

Obwohl man sich untereinander noch nicht unbedingt immer kannte, war das Eis schnell gebrochen. In lockerer Runde wurden viele Fragen gestellt und verschiedenste Themenbereiche angesprochen, die überwiegend innerhalb der drei Stunden auch nur angerissen werden konnten.

Die Teilnehmer, die von verschiedenen Transplantationszentren – Münster, Essen

und Hannover – betreut werden, konnten ihre Erfahrungen auch diesbezüglich austauschen. Wie sich Wartepatienten oder deren Angehörige in ihrer aktuellen Situation zurechtzufinden und wie es ist, transplantiert zu sein, konnten sie von bereits transplantierten Teilnehmern erfahren. Orientierung geben konnten ihnen aber auch andere anwesende Wartepatienten, indem sie von ihrem Umgang mit der doch sehr schweren Zeit erzählten.

Gegen 19 Uhr zu einem pünktlichen Ende zu kommen, fiel angesichts des großen Gesprächsbedarfs allen schwer. Aber es gibt ja noch weitere geplante Treffen (etwa jeden 2. Monat), wo man sich neu austauschen bzw. informieren kann.

Von der Ansprechpartnerin der Gruppe gab es zum Schluss noch ein aus der Verbandszeitschrift „Lebenslinien“ vorgetragenes Gedicht und einen kurzen Hinweis auf weitere Veranstaltungen des Verbandes, u.a. die am 5.5.2004 in Kooperation mit dem Uniklinikum Münster stattfindende Informationsveranstaltung für Wartepatienten und Angehörige.

Bevor wir (hoffentlich alle zufrieden und froh) den Heimweg antreten konnten, haben wir unfreiwilliger Weise die Alarmanlage des Hauses ausgelöst, was zur Folge hatte, dass wir nur mit Hilfe des Hausmeisters mit einer viertel Stunde Verspätung aus dem Haus kamen.

Cilly Strot-Bücker

Organspendewerbung in der Südheide

Am Südrand der Lüneburger Heide, 30 Kilometer nördlich von Braunschweig, liegt die reizende Kleinstadt Gifhorn. Sie ist Zentrum für die landwirtschaftlich und touristisch geprägte Umgebung. Normalerweise würde man meinen, das benachbarte Braunschweig oder eine andere Großstadt der Region wäre besser für eine Organspende-Werbeaktion geeignet. Doch es zeigte sich, dass zum richtigen Zeitpunkt auch eine Kleinstadt ein geeignetes Umfeld für solch eine Aktion ist.

Am 5. Juni, dem Tag der Organspende, fand in der Gifhorner Fußgängerzone eine Automeile statt, die viele Besucher in die Stadt zog. Die Stadtverwaltung wollte uns als Fremdkörper an den Rand der Fußgängerzone verbannen. Doch unserem Gifhorner Mitglied Andrea Gruß gelang es mit Beharrlichkeit, eine Standplatzgenehmigung in der Mitte der Fußgängerzone zu bekommen.

Da das Wetter mitspielte, konnte auf den Aufbau eines Zeltes verzichtet werden. Der offene Stand mit den Organspende-logos und dem Info-Material war somit für jeden Passanten einsehbar. Als Standbesatzung stand ein starkes Team zur Verfügung, fünf Mitglieder unseres Vereins sowie eine herz- und eine nierentransplantierte Patientin.



Foto: privat

Anfangs gingen die Passanten mit einer gewissen Scheu am Stand vorbei. Erst als sich einige von uns auf den Gehweg stellten und die Passanten direkt ansprachen änderte sich dies. Der Stand und der Gehweg davor entwickelten sich zu einer Diskussionszone. Die große Mehrheit äußerte sich zustimmend zur Organspende, etliche waren gleichgültig und nur eine kleine Minderheit verhielt sich ablehnend. Interessant war, dass viele Personen mittleren Alters meinten, sie wären schon zu alt für eine Organspende. In den zahllosen Gesprächen konnte viel Aufklärungsarbeit geleistet werden. Die ausgelegten Broschüren der BZgA, die Themen zur Organspende behandeln, waren eine gute Informationshilfe. So kam es, dass einige hundert

Organspenderausweise verteilt werden konnten.

Das Interesse, das der Stand erregte, lockte auch die Reporter zweier Regionalzeitungen an, die uns interviewten. In beiden Zeitungen standen daraufhin Berichte zum Thema Organspende und über die Werbeaktion von Betroffenen. (Vereinsmitglieder haben schon einen Bericht in „Lebenslinien aktuell“ lesen können.)

Als die Aktion am frühen Nachmittag beendet wurde, konnte man sie als vollen Erfolg bewerten. Ein besonderer Dank an Frau Andrea Gruß und ihre Familie für die perfekte Organisation.

Werner Pollakowski

Infostand beim Würzburger Gesundheitstag

Der Würzburger Gesundheitstag ist in den letzten Jahren zu einer Großveranstaltung herangewachsen, die an einem Samstag im Juli Scharen von Besuchern in der Innenstadt anzieht. Diesmal hatten die Veranstalter sich zudem mit den Sportverbänden zusammengetan, die gleichzeitig ein „Festival des Sports“ veranstalteten. Über 100 Gruppen, Vereine und Institutionen präsentierten sich daher am 24.7.2004 in der Würzburger Fußgängerzone. Dabei erwies sich gerade die Kombination von Informationsständen der Selbsthilfegruppen und Gesundheitseinrichtungen mit den Aktions- und Mitmachangeboten der Sportverbände als



Foto: privat

sehr interessant und vermittelte einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff.

Die Kontaktgruppe Unterfranken der Selbsthilfe Lebertransplantierte legte an ihrem Stand den Schwerpunkt auf Organspende-information. Hierzu gab es in unserem kleinen Zelt eine Vielzahl von Anfragen und Gesprächen. Von 10 bis 17 Uhr hatten die Besucher/innen zudem die Möglichkeit, Organspendeausweise zu erhalten, auszufüllen und einschweißen zu lassen. Eine dreistellige Zahl von Ausweisen konnte hierbei ausgegeben werden.

Ulrich Kraus

Transplantierte und Lebendspender bei der Bayern-3-Radltour

Seit 15 Jahren organisiert der Bayerische Rundfunk (BR3) eine Radltour quer durch Bayern. Heuer führte die Tour vom Schliersee nach Lichtenfels. Auf der 3. Tagesetappe am 3. August (82 km von Moosburg nach Abensberg) nahmen als Gäste 15 Personen aus Selbsthilfegruppen von Transplantierten und Dialysepatienten teil. Die Initiative dazu ging von Frau Irmi Hobmaier (ehemals AGO) aus, die Organisation und Leitung der Gruppe lag bei PD Dr. Stangl (Klinikum Rechts der Isar/München). Aus unserem Verein starteten Rosi Achatz, Angelika Grötzner, Gerhard Mühlberger und Henry Kühner.

Wir verfolgten dabei zwei Ziele: Zum einen wollten wir beweisen, dass wir als Transplantierte und Lebendspender sehr wohl in der Lage sind, eine so lange und anspruchsvolle Tagesstrecke zu bewältigen. Zum anderen wollten wir das Thema Organspende und Organmangel in die Öffentlichkeit tragen.

Bei unserer Ankunft am Startplatz waren die 1.200 regulären Teilnehmer längst mit Aufwärmübungen beschäftigt. Dr. Stangl erhielt die Gelegenheit, unsere Ziele vorzustellen. Die Teilnehmer begrüßten ihn und uns mit starkem Applaus.

Nach dem Start blieben wir wie vereinbart am Ende des Feldes. Die Strecke führte auf gut ausgebauten Nebenstraßen über Tegernbach, Rainertshausen, Pfeffenhausen, Rottenburg und Rohr zum Ziel in Abensberg. Sie war überwiegend hügelig und die Temperatur stieg stark an. Ab Mittag herrschten dann ca. 30 Grad im eher seltenen Schatten. Es gab herrliche Sichten auf schöne Kirchen, Kapellen und Bauernhäuser. Am beeindruckendsten waren jedoch die Zuschauer bei vielen Ortsdurchfahrten. Ketten von Menschen, vor allem Kinder, begrüßten uns und feuerten uns an.

Der/die eine oder andere von uns musste dann doch den Anstrengungen und der

Hitze Tribut zollen und zur Erholung einige Kilometer mit dem Materialbus zurücklegen. Am Zielort Abensberg kamen wir jedoch alle „hoch zu Rad“ an. Es blieb auch noch genügend Zeit für Erinnerungsfotos und Entspannung der müden Beine.

Für diese erste Teilnahme bei der BR-3-Radltour waren wir dann im Großen und Ganzen mit unserer persönlichen Zielerfüllung sehr zufrieden. Unser zweites Ziel wollen wir nächstes Jahr noch besser verfolgen und erreichen. Wir werden unsere Erfahrungen von heuer nutzen und versuchen, noch mehr die Öffentlichkeit aufmerksam zu machen.

Auf ein neues in 2005!

Irene und Henry Kühner



Foto: privat

Von links: PD Dr. Stangl (Chirurg von Rosi Achatz), Dr. Emmanuel (Klinikum Rechts der Isar, 5.v.l., fast verdeckt), Rosi Achatz (6.v.l.), Henry Kühner (7.v.l.), Dr. Thorban (Klinikum Rechts der Isar, 8.v.l.), Angelika Grötzner (9.v.l.)

Arzt-Patienten-Seminar an der Freiburger Uniklinik

Am kalendarischen Frühlingsanfang 20.3.2004 fanden sich in der Medizinischen Universitäts- und Poliklinik ca. 60 Patienten beim Arzt-Patienten-Seminar getreu dem Motto „Der informierte Patient ist der bessere Patient“ ein. Das Seminar war gedacht für Wartepatienten zur Lebertransplantation und bereits Lebertransplantierte.

Die Freiburger Universitätsklinik ist seit einigen Jahren kein Lebertransplantations-Zentrum mehr, jedoch übernimmt die Medizinische Klinik weiterhin die Nachsorge der Lebertransplantierten und evaluiert die Wartepatienten, die dann an das Zentrum ihrer Wahl gehen.

Folgende Themen standen auf dem Programm:

Hepatische Enzephalopathie und ihre Nebenerscheinungen (Therapien)

Referent: Prof. J. Rasenack

Lebertransplantation und Naturheilmmedizin

Referent: Dr. R. Huber

Früherkennung und Umgang mit Langzeitproblemen nach Lebertransplantation (ausgelöst durch Immunsuppressiva o.a.)

Referent: PD P. Hafkemeyer

Psychische Probleme vor und nach Lebertransplantation

Referentin: Fr. Dipl.-Päd. N. Wegner-Steybe



Anschaulich vermochte Dr. Rasenack die hepatische Enzephalopathie zu schildern. Hier waren vor allem die Wartepatienten „ganz Ohr“ und besonders deren Angehörige, die oft beim Umgang mit der HE vor Problemen stehen. So manche Wissenslücke wurde geschlossen und auch viel Verständnis geweckt.

Besonders gespannt waren alle auf das Thema Naturheilmmedizin. Ein schwieriges

Thema, zu dem es gerade in Bezug auf Transplantationen keine Studien gibt. Doch konnte Dr. Huber gute Empfehlungen geben, aber auch Hinweise, wo Vorsicht angebracht ist oder gar Verbote bestehen.

Allein beim letzten Referat gab es (die erwartete) Zurückhaltung – wer outet sich schon gern vor einem Auditorium zu psychischen Problemen. Auf Anfrage nannte Frau Wegner-Steybe eine Telefonnummer der Abt. Psychosomatik, die bei Problemen helfen könnte durch Therapeutenempfehlungen.

Einmal mehr bewies die gute Resonanz, wie wertvoll so ein Seminar ist. Nach den einzelnen Referaten bestand die Möglichkeit Fragen zu stellen, wovon rege Gebrauch gemacht wurde. Alle waren der Meinung, dass das Seminar ein guter Erfolg war.

Anschließend saßen wir im Gasthaus „Paradies“ (nomen est omen?!) noch gemütlich beisammen. Wir bedankten uns bei den Referenten mit einem kleinen Präsent und vergaßen auch nicht, die Unterstützung der Fa. Roche anzuerkennen.

Marita Zielke



Prof. J. Rasenack und Marita Zielke

Prof. Dietrich H. W. Grönemeyer

Mensch bleiben

High-Tech und Herz, eine liebevolle Medizin

Erschienen im Herder Verlag, 192 S., 19,90 €



Prof. Grönemeyer (geb. 1952), Inhaber des Lehrstuhls für Radiologie und Mikrotherapie der Universität Witten/Herdecke. Gründer und Leiter des Entwicklungs- und Forschungszentrums für Mikrotherapie in Bochum und des Grönemeyer-Instituts für Mikro-Therapie Bochum.

Professor Dr. Dietrich Grönemeyer und sein Bruder, der Sänger Herbert Grönemeyer, haben zusammen ein Lebensmotto – **Mensch bleiben** –; sich mit Fröhlichkeit einer Aufgabe stellen und dabei wissen, dass unser Leben vergänglich ist.

So lautet auch der Titel seines Bestsellers: Mensch bleiben. Darin plädiert er für eine medizinische Versorgung, bei der der Blick für den Menschen nicht verloren geht und für eine gute Beziehung zwischen Patient und Arzt.

Professor Grönemeyer spricht für eine liebevolle Medizin; denn diese ist eine entscheidende Voraussetzung für eine notwendige Individualmedizin für jeden Einzelnen von uns. Schließlich ist der Mensch keine Maschine.

Grönemeyer ist Arzt geworden, weil er dachte, es muss doch möglich sein, viele Behandlungen einfacher und sanfter durchzuführen, ohne dass der Patient Angst da-

vor hat. Er sieht den Patienten als Ganzes. Ärzte sollen sich Zeit nehmen, zuhören, beistehen und präsent sein, lautet seine Devise. Eine außerordentlich wichtige Rolle spielt hierbei der Hausarzt als Bezugsperson.

„Heilen statt Kranksparen“ ist eine andere Forderung von Professor Grönemeyer. Er mahnt, den Menschen endlich wieder in den Mittelpunkt der Medizin zu stellen und nicht die Kosten, Formulare oder Verwaltung.

Dabei vergisst er auch die älteren Menschen nicht. Auch sie haben einen Anspruch auf Lebensqualität und dürfen nicht ausrangiert werden.

Grönemeyer möchte auch im Vorfeld schon Krankheiten verhindern. Man sollte im Vorfeld die Ursachen früh genug erkennen und feststellen.

Die Zukunft der Medizin liege zwischen High-tech und Naturheilkunde. Man müsse Brücken schlagen, um eine Ganzheitsmedizin zu erhalten. Als Ziel hat er eine patientenzentrierte, fürsorgliche Vorsorge und Therapie für Körper, Seele und Geist, auch mit Hilfe von menschenfreundlichen High-tech-Verfahren und Produkten vor Augen.

Viele Therapien und Behandlungsmöglichkeiten werden in diesem Buch beschrieben. Für die zukünftige medizinische Versorgung gehört lt. Professor Grönemeyer u.a. das System der Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Auch der Organtransplantation steht er positiv gegenüber.

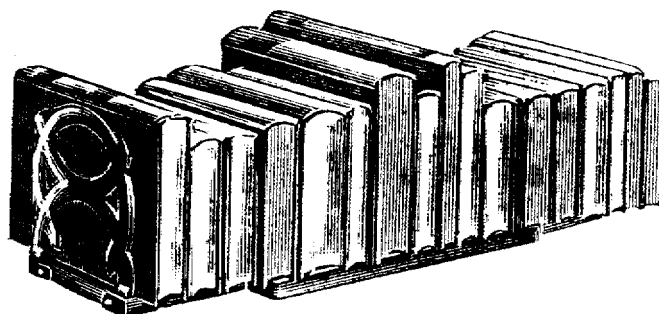
Er ist ein Visionär, der mit beiden Beinen fest auf dem Boden steht, der modernste Methoden entwickelt und anwendet und dabei den Patienten nicht vergisst. Man merkt in dem Buch, dass er den Menschen liebt und achtet und auch seinen Beruf (Berufung). Er setzt sich für seine Mitmenschen ein und plädiert gegen Funktions- und Zweiklassenmedizin.

Grönemeyer möchte die Leserinnen und Leser dazu motivieren, sich damit zu beschäftigen, weil es uns alle ganz existenziell angeht.

Alles in allem ein sehr gelungenes Werk, obwohl viele Argumente öfters wiederholt werden. Trotzdem sollte es eine Pflichtlektüre für jeden Arzt werden. Vielleicht ginge es dann in der Medizin etwas menschlicher zu.

Ich kann dieses Buch nur jedem empfehlen.

Mariele Höhn



... und jeden Morgen weckt mich die Taube

von Kirsten Steineckert



Als ich das Büchlein von Kirsten Steineckert in der Hand hielt, blätterte ich – neugierig geworden – darin. Schnell merkte ich, dass mich die Poesie, mit der es geschrieben wurde, gefangen nahm. Es war nach meiner Transplantation 2002 das erste Buch, dass ich ohne Unterbrechung gelesen habe.

Kirsten Steineckert beschreibt von November 1990 bis August 1994 ihre Krankheit, die Diagnose Lebererkrankung, das War-

ten auf ein neues Organ und das Leben mit ihm. Sie lässt uns an ihrem Leben Teil haben. Was mich persönlich sehr berührt hat: Es gibt doch viele Parallelen zu meinem eigenen Leben.

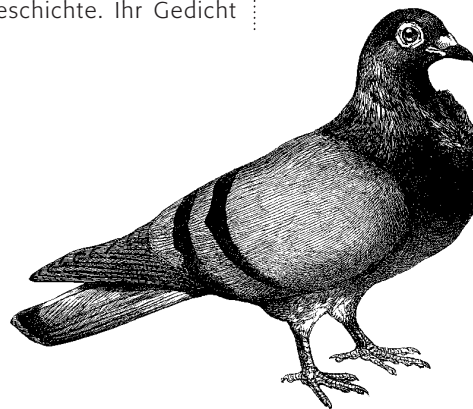
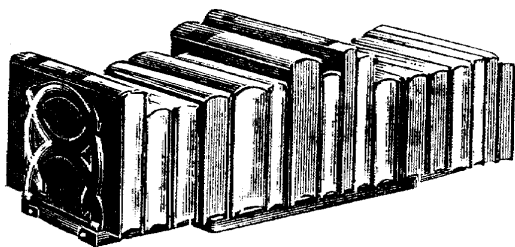
Ihre Schreibweise ging mir sehr unter die „Haut“. Die Mischung aus reportageartigen Berichten, Briefen, Texten und die poesievollen Gedichte machen ihren Schreibstil aus und verschmelzen so zu einer anrührenden Lebensgeschichte. Ihr Gedicht

„Liebeslied an das Leben“ ist ein optimistischer Ausblick in selbiges.

Das Taschenbuch ist in zweiter Auflage im Scheunen-Verlag erschienen.

Dank der Autorin Kirsten Steineckert für ihr lyrisches Büchlein.

Christine Berning



Illustrationen: Zedcor DeskGallery

Das neue Auto stellt sich vor

In der Ausgabe 1/2004 der „Lebenslinien“ hat sich mein Vorgänger, der „LL Passat“ aus Altersgründen von der Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V. verabschiedet. Als Nachfolger möchte ich mich nun einmal vorstellen:

Mein Name ist „Sharan“ und ich werde nun meine Besitzer Moni und Dieter Kuhlen im Sinne der Selbsthilfe herumkutschieren. Bereits seit dem 16.6.2003 bin ich im Dienst, allerdings anfangs mit erheblichen Schwierigkeiten. Solange mein Vorgänger noch da war, wollte ich nicht laufen (äh, fahren). Batterie, Getriebe, Klimaanlage und andere Kleinigkeiten hinderten mich daran. Nach dem Verkauf des Vorgängers waren meine Krankheiten dann wie weggeblasen und ich fahre seitdem „im Dienste der Selbsthilfe“.



Seit neustem hat sich auch mein Aussehen geändert. Ich fahre nun ganz offiziell für unsere Selbsthilfe und die Organspende „Werbung“. Dies war allerdings nur möglich, da mir die Firma „Folien-Design“ in Essen dieses hervorragende Aussehen verschaffte (siehe Foto), und dies auch

noch kostenlos. Ein herzlicher Dank noch einmal an die Firma!

Wenn mich also jemand sieht, fahre ich gerade meine Besitzer in Essen u.a. zu Infoständen usw., wobei dies sicherlich eine „gute“ Werbung für die Selbsthilfe ist. Wir, also Moni und Dieter Kuhlen, Ansprechpartner der Selbsthilfe, und ich stehen uneingeschränkt zu unserem Verein, welches wir hiermit auch zum Ausdruck bringen.

Ich hoffe, wir sehen uns irgendwann an irgendeinem Ort einmal.

Bis dahin und viele Grüße

Euer LL-Sharan

Foto: privat

Termine 2005

Weitere Veranstaltungen und Angebote sind in Vorbereitung; Änderungen vorbehalten. Zu den Veranstaltungen erfolgen je nach Region Einladungen. Nähere Informationen können beim Vorstand oder Ihrem Ansprechpartner erfragt werden.

15. Januar 2005	Veranstaltung für Wartepatienten und Lebertransplantierte in Mainz
17. Februar 2005	Patientenveranstaltung in München-Großhadern
28. Februar 2005	Wartepatienten-Treffen in Essen
12. März 2005	Wartepatienten-Treffen in Heidelberg
9. April 2005	Mitgliederversammlung
5.–8. Mai 2005	6. Essener Lebertag
20.–22. Mai 2005	Deutsche Meisterschaften der Organtransplantierten in Weilburg (Nähe Limburg/Lahn)
4. Juni 2005	Seminar für Ansprechpartner in Kassel
18. Juni 2005	Tag der Organspende – zentrale gemeinsame Veranstaltung der Patientenverbände BDO, DD und Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V. in Mainz
1. Oktober 2005	Regionaltreffen in Heidelberg
18.–20. November 2005	Europäischer Tag der Organspende
	Seminar für Ansprechpartner in Bad Honnef

Weitere aktuelle, vor allem regionale Termine zu Veranstaltungen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten unter www.Lebertransplantation.de



... wie werde ich Mitglied?

Der Jahresbeitrag

beträgt € 40,- für eine Person (Betroffene).

Für eine Familienmitgliedschaft (Betroffener und ein/e Angehörige/r) € 55,-.

Weitere Familienmitglieder bezahlen je € 25,-/Person.

Fördermitglieder bezahlen mind. € 40,-.

Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

Spenden

zur Finanzierung der vielfältigen Aufgaben sind immer willkommen:

Konto-Nr. 6 602 494, BLZ 670 512 03 bei der Bezirkssparkasse Hockenheim

Spendenquittung: Bis € 100,- gilt die Überweisung, darüber Spendenquittung auf Wunsch durch den Verein.

Mitglied

kann jede/r Betroffene (Wartepatient/in und Transplantierte/r) werden, aber auch deren/dessen Angehörige. Familienmitgliedschaften sind möglich, Fördermitglieder natürlich willkommen.

bitte hier abtrennen oder kopieren

Beitrittserklärung

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

Name/Vorname

Geb.Dat.

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon

Fax

eMail

Grunderkrankung

Transplantiert in

am

Ort, Datum

Unterschrift Betroffene/r

Unterschrift Angehörige/r

☐ **Einzelmitgliedschaft/Betroffene/r (€ 40,-)**

☐ **Familienmitgliedschaft** (Betroffener und ein/e Angehörige/r) **(€ 55,-)**

Angehörige/r: Name/Vorname

Geb.Dat.

Anschrift

☐ **Familienmitgliedschaft** (weitere Familienangehörige) **(€ 25,-/Person)**
(Name und Anschrift bitte gesondert mitteilen)

☐ **Fördermitgliedschaft Beitrag/Spende €/Jahr** (mind. € 40,-)

☐ Ich/wir überweise/n den Jahresbeitrag sofort und künftig immer am Jahresbeginn auf das Vereinskonto (s.o.)

☐ Ich bin mit jährlichem Bankeinzug einverstanden.

Konto Nr.

BLZ

Bank

☐ Ich bin einverstanden, zur Mitgliederversammlung per E-Mail eingeladen zu werden.

E-Mail-Adresse:

Adressen

Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V.

Karlsbader Ring 28, 68782 Brühl, Tel. (0 62 02) 70 26-13, Fax -14
info@lebertransplantation.de · www.lebertransplantation.de

Der Vorstand



Vorsitzende
Jutta Riemer

Maiblumenstr. 12,
74626 Bretzfeld
Tel. (0 79 46) 94 01-87, Fax -86
jutta.riemer@gmx.net



Stellvertr. Vorsitzender
Dieter Bernhardt

Kampstr. 111, 42781 Haan
Tel. + Fax (0 21 29) 37 74 66
hd.bernhardt@t-online.de



Kassenwart
Liesbeth Schelbach

Schuhmacherring 19,
90552 Röthenbach
Tel. (09 11) 5 70 68 56
Peter.Schelbach@t-online.de



Schriftführer
Gerhard Heigoldt

Am Kocherberg 56,
74670 Forchtenberg
Tel. (0 79 47) 77 59, Fax 9 42 98 38
lebertransplantation@vr-web.de



Beisitzerin
Mariele Höhn

Ahrbachstr. 16, 56412 Boden
Tel. (0 26 02) 8 12 55
amhoehn@web.de



Beisitzer
Prof. Dr. Frank Tönsmann

Fliederweg 8, 34125 Kassel
Tel. (05 61) 87 37 36, Fax 8 70 46 24
ftoensm@gmx.net



Beisitzer
Egbert Trowe

Sudetenstr. 2, 30559 Hannover
Tel. (05 11) 2 83 31-32, Fax -34
eitrowe@t-online.de

Den Vorstand beratend

Hans-Jürgen Graf

Nassastr. 14
51105 Köln
Tel. (02 21) 83 27 50
Fax (02 21) 880 58 52
hansjuergen.graf@t-online.de

Ulrich Kraus

J.-Bechold-Str. 10
97299 Zell a. Main
Tel. (09 31) 46 18 75
ulikraus@mayn.de

Heinz Reiter

Drosselweg 31
67227 Frankenthal
Tel. (0 62 33) 6 19 22
Fax (0 62 33) 36 62 86
HReiter@gmx.net

Dr. Ulrich R.W. Thumm

St.-Ulrich-Str. 14a
88662 Überlingen
Tel. + Fax (0 75 51) 949-98 83,
ulrich.thumm@freenet.de

Jutta Vierneusel

Karlsbader Ring 28
68782 Brühl
Tel. (0 62 02) 70 26-13
Fax (0 62 02) 70 26-14
vierneusel@t-online.de

Selbsthilfe Lebertransplantierter
Deutschland e.V.

Karlsbader Ring 28

68782 Brühl

Auf den Verein wurde ich aufmerksam durch:

- ☐ Ärzte/Pflegepersonal
- ☐ Betroffene
- ☐ Krankenkasse
- ☐ Unsere Homepage
- ☐ Unsere Zeitung Lebenslinien
- ☐ Sonstige Presse
- ☐ Sonstiges

Adressen Fachbeiräte

Ärztlicher Fachbeirat

PD Dr. med. J. Arnold, Diakoniekrankenhaus Rotenburg/Wümme, Hepatologie, Diabetes und Stoffwechsel

PD Dr. med. K. Böker, Facharztpraxis Hepatologie, Hannover

Prof. Dr. med. Dr. hc. M. W. Büchler, Universitätsklinikum Heidelberg, Chirurgische Klinik, Tx-Zentrum

Prof. Dr. med. P. Frühmorgen, Klinikum Ludwigsburg, Gastroent./Hepatologie

Prof. Dr. med. A. Gerbes, Universitätsklinikum München-Großhadern, Innere Medizin, Hepatologie

Dr. med. G. Greif-Higer, Universitätsklinikum Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, I. Med. Klinik und Poliklinik, Lebertransplantations-Sprechstunde

Prof. Dr. med. J. Hauss, Klinikum der Universität Leipzig, Zentrum Chirurgie

Prof. Dr. med. E. Klar, Chir. Universitätsklinik Rostock, Transplantations-Zentrum

Prof. Dr. med. U. Leuschner, J.-W.-Goethe-Universität Frankfurt/M., Med. Klinik II

Prof. Dr. med. K. P. Maier, Städt. Kliniken Esslingen am N., Gastroenterologie

Prof. Dr. med. M. P. Manns, Med. Hochschule Hannover, Gastroent./Hepatologie

Prof. Dr. med. G. Otto, Universitätsklinik Mainz, Transplantations-Zentrum

Prof. Dr. med. X. Rogiers, Universitätsklinikum Hamburg, Chirurgische Klinik, Tx-Zentrum

Prof. Dr. med. H. Schlitt, Universitätsklinikum Regensburg, Chirurgische Klinik, Tx-Zentrum

Prof. Dr. med. N. Senninger, Universität Münster, Klinik für Allgemeine Chirurgie

Prof. Dr. med. U. Spengler, Universitätsklinikum Bonn, Med. Klinik, Hepatologie

Prof. Dr. med. W. Stremmel, Med. Klinik d. Universität Heidelberg, Hepatologie

Prof. Dr. med. H. Tillmann, Universitätsklinikum Leipzig, Innere Medizin, Hepatologie

Pflege Lebertransplantierter

Ellen Dalien, Chir. Universitätsklinik Heidelberg, Transplantations-Zentrum

Rehabilitation

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

Psychologie

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

Geistlicher Beirat

Pfarrerinnen Barbara Roßner, Pastoralpsychologin, (0 62 21) 48 46 78

Pfarrer Horst Tritz, Kath. Klinikseelsorge Chir. HD, (0 62 21) 56 36 598

Juristischer Beirat

Elke Rampfl-Platte, RA, München

Impressum

Lebenslinien

Informationen der Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V.

Ausgabe 1/2005

Herausgeber:

Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V.

Gemeinnütziger Verein, VR 2031

Karlsbader Ring 28, 68782 Brühl

Tel. (0 62 02) 70 26-13, Fax -14

e-Mail: info@lebertransplantation.de

www.lebertransplantation.de

Bankverbindung:

Bezirkssparkasse Hockenheim

BLZ 670 512 03, Konto 6 602 494

Redaktion:

Jutta Vierneusel (verantwortlich)

Ernst Eberle, Ulrich Kraus,

Jutta Riemer, Dr. U. Thumm

Erscheinungsweise:

halbjährlich, Auflage 6.000 Expl.

© Gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Alle Rechte bleiben nach den gesetzlichen Bestimmungen bei den Autoren. Der Zeitschriftentitel und das Layout sind urheberrechtlich geschützt. Abdrucke bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

Satz und Gestaltung:

Steffen Elsishans, Ed.-Neckarhausen

Produktion:

Christiane Möhl Printservice, Brühl

Druck:

TC Druck, Tübingen

Wir danken den folgenden Spendern und Sponsoren für die Unterstützung unseres Vereins

Krankenkassen, Banken u.a.

- Barmer Ersatzkasse
- DAK
- AOK Bundesverband, Bonn
- AOK Ludwigsburg-Bietigheim
- Gerald Lindemeier, Allianz Krankenversicherung
- IKK Baden-Württemberg

Pharmazeutische Industrie

- Novartis Pharma, Nürnberg
- Wyeth Pharma, Münster
- Hoffmann-La Roche, Grenzach-Wyhlen
- Falk Pharma, Freiburg
- BASF AG, Ludwigshafen
- Fujisawa Pharma, München
- GlaxoSmithKline, München

Unseren Mitgliedern und Gönnern

- den Spendern zum Trauerfall Rita Küster-Siepe

- Dr. Siepe
- Egbert Trowe, Hannover
- Fronhauser Werbering e.V., Essen
- Bäckerei Welp, Essen
- Getränke Rebstock, Essen
- OX Logistic LTD, Bayreuth
- E. u. M. Rudolph, Bretzfeld
- Christa und Dr. Wachsmuth
- Ennepe-Ruhr-Kreis Schwelm
- Dr. Ulrich Thumm, Überlingen
- Vera Dolpp, Andreas Schilling
- Günther Eigenmann
- Inge u. Johannes Dahs, Königswinter
- Marie Salzer
- den Spendern zum Geburtstag Marlies Spahl
- Dr. med. B. Küppers, Heidelberg
- Ulrich Christian, Dierdorf

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.



Foto: TK Heilbronn

Herr Föll, Leiter der Techniker Krankenkasse Heilbronn, überreicht symbolisch für die Selbsthilfe-Fördergemeinschaft der Ersatzkassen eine Münze an Frau Riemer.

Gesucht: Lebertransplantiert und sportlich

Das ist kein Widerspruch. Von vielen Mitbetroffenen weiß ich, dass sie ihre sportlichen Aktivitäten nach der Lebertransplantation wieder aufgenommen bzw. neu begonnen haben. Vom 5.–8. Mai 2005 finden die 26. Deutschen Meisterschaften der Organtransplantierten in Weilburg statt. Haben Sie nicht Lust, an diesem Sportwochenende teilzunehmen? Es werden nicht unbedingt Höchstleistungen erwartet. Der olympische Gedanke „Dabei sein ist alles“ steht im Vordergrund. Nähere Informationen erhalten Sie von: Wolfgang Ludwig Tel: 02 51/86 75 89 und Wolfgang Vogel Tel: 09 31/4 23 87 (beide DSVO e.V.) oder DM2005@DSVO.de. Anmeldeschluss ist der 15.3.2005.

Warnung für Muschelfreunde

Am 11. Mai 2004 wurde eine Warnung vor Muscheln aus dem Mittelmeer über dpa verbreitet. Nach Untersuchungen des Münchner Tropeninstituts sind ungefähr 20 Prozent der Muscheln aus dem Mittelmeer mit Hepatitis A infiziert. Im süditalienischen Mittelmeer weisen sogar 40 Prozent der Muscheln geringe Spuren dieser Viren auf. Ein Großteil der Hepatitis-A-Fälle in Deutschland tritt typischerweise nach Ferienreisen auf. Wer gerne Schalentiere isst, sollte geimpft sein. Der beste Schutz gegen die Infektion ist jedoch gutes Abkochen bei Temperaturen über 70 Grad.

Kurzmeldung von der Eurotransplant Jahrestagung**Der MELD score kommt**

Wie im Heft 2/2004 der „Lebenslinien“ berichtet, ist der MELD score ein objektives, ausschließlich auf medizinischen Kriterien basiertes Allokationssystem für postmortal gespendete Lebern. Auf Empfehlung des Leber-Komitees hat der Vorstand von Eurotransplant (ET) am 6. Oktober 2004 entschieden, dass „zukünftig“ der MELD score die Basis für die Leberallokation durch Eurotransplant sein wird.¹ „Zukünftig“ bedeutet im Laufe des Jahres 2005, spätestens Anfang 2006.

Die Einführung des MELD score wäre der vorläufig letzte Schritt in einer Serie, die mit der Einführung von ELAS (ET Liver Allocation System) am 26. Juli 2000 begann. Mit diesem patientenorientierten², um Transparenz, Solidarität und Gleichbehandlung bemühten System hat man begonnen, medizinische Dringlichkeit beim Empfänger immer stärker in den Vordergrund zu rücken beim Zuteilen knapper Spenderorgane. Der letzte Schritt erfolgte am 17. September 2003 mit der Priorisierung von T2-Patienten vor T3- und T4-Patienten auf nationaler Ebene. Mit diesem Schritt hat auch der Tod auf der Warteliste abgenommen, am stärksten bei Kindern, trotz weiteren Anwachsens der Warteliste.

Der MELD score liegt seit 1. Januar 2002 der Organallokation in USA zugrunde.³ Wie Professor Freeman von der Tufts University School of Medicine in Boston auf der ET-Jahrestagung mitteilte, hat man damit in USA sehr gute Erfahrungen gemacht mit einer deutlichen Reduktion der Patienten auf der Warteliste und insbesondere einem Abnehmen der Todesfälle auf der Warteliste. Er räumte ein, wie auch in dem oben zitierten Artikel der „Lebenslinien“ erwähnt, dass Ausnahmen vom MELD score erforderlich sind für Patienten mit Lebertumoren und Stoffwechselkrankheiten.

Ulrich R. W. Thumm

¹ Der weniger aussagekräftige PELD score für Kinder wird dagegen nicht eingeführt.

² Österreich hat als einziges ET-Land weiterhin ein zentrums-orientiertes Allokationssystem.

³ Bei ET wird der MELD score seit einiger Zeit auf den Formularen ebenfalls vermerkt, allerdings nur zur Information.

Ihre Ansprechpartner

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

Hamburg/Schleswig-Holstein

Hamburg
Ute Kühn, Tel. (040) 74 13 43 57
Manfred Bantz, Tel. (040) 63 91 93 59,
Fax (01805) 751115870, M.E.Bantz.HH@t-online.de

Niedersachsen/Bremen

Bremen/Unterweser
Udo Schmidt, Tel. (04 21) 396 26 54
Udo.Schmidt@nord-com.net
Werner Pollakowski, Tel. (0 53 41) 4 60 01,
w.pollakowski@web.de
Nicola Zimmermann, Tel. (05 51) 7 70 13 40
Peter Mohr, Tel. (0 41 31) 5 32 17,
mohmolgd@t-online.de

Berlin/Brandenburg

Berlin
Wolfram Maaß, Tel. (030) 440 63 02,
wolfram.maass@rz.hu-berlin.de
Renate Negelmann, Tel. (030) 8 01 46 71
Dagobert Roland, Tel. (030) 43 55 48 00,
mudroland@t-online.de
Siegfried Maaß, Tel. (0 33 02) 22 13 50
siegma40@hotmail.com

Mecklenburg-Vorpommern

Schwerin
Wismar
Ilona Freitag, Tel./Fax (03 87 88) 5 02 63
Christine Berning, Tel. (0 38 41) 70 14 73,
Berning.K-H@t-online.de

Sachsen-Anhalt

Magdeburg
Heidrun vom Baur, Tel. (05 31) 61 00 12,
Fax 61 09 03

Sachsen

Leipzig
Dresden
Roland Schier, Tel. (03 41) 6 51 54 27
Regina Nüßgen, Tel. (0 35 04) 61 37 94
f.r.nuessgen@t-online.de
Manuela Korte, Tel. (0 37 21) 8 62 56

Thüringen

Katharina Schönmann,
Tel. (03 62 06) 26 800, KSchonemann@aol.com

Nordrhein-Westfalen

Hochsauerlandkreis
Münsterland/Ruhrgeb. Nord
Angelika Grimaldi, Tel. (0 29 32) 3 79 76
Klaus Trinter, Tel. (0 23 67) 16 45, Fax 93 42,
Klaus.Trinter@gmx.de
Gabriele Hankel, Tel. (05 21) 2 39 91 64
Moni Kühlen (f. Betroffene), Dieter Kühlen (f. Angehörige), Tel. (02 01) 3 65 76 64,
Fax 25 28 38, DMT.Kuhen@t-online.de
Cilly Strot-Bücker, Tel. (0 54 51) 16 700,
cst-b@t-online.de
Andreas Wißing, Tel. (0 59 71) 1 74 44,
andre.wissing@t-online.de
Kerstin Hücke, Tel. (02 02) 44 11 95,
Kerstin.hucke@web.de
Monika Hasenauer, Tel. (0 23 27) 99 58 78,
moni@mykind.de
Bärbel Wallmeier, Tel. (02 03) 72 54 08
baerbel.wallmeie@cityweb.de
kommissarisch: **Birgit Schwenke**, s.u.
Birgit Schwenke, Tel. (0 21 95) 6 92 31,
Fax 93 39 80, bsschwenke@yahoo.de
Hans-Jürgen Graf, Tel. (0221) 832750, Fax 8805852
(01 70) 34 23 679, hansjuergen.graf@t-online.de
Tina Schmidt, Tel. (02 28) 280 88 55, tina-
schmidt@freenet.de
Sigrid Müller, Tel. + Fax (0 26 45) 23 84
Stephan Mickan, Tel. + Fax (0 22 43) 70 08,
Stephanmickan@tiscali.de
Günter Bolten, Tel. (0 21 63) 5 85 19

Rheinland-Pfalz

Mainz
kommissarisch: **Jutta Vierneusel**, Tel. (0 62 02)
70 26 13, Fax 70 26 14, vierneusel@t-online.de
Mariele Höhn, Tel./Fax (0 26 02) 8 12 55,
amhoehn@web.de
Heinz Reiter, Tel. (0 62 33) 6 19 22,
Fax 36 62 86, heinzreiter@t-online.de

Hessen

Frankfurt/Main
kommissarisch: **Jutta Vierneusel**, Tel. (0 62 02)
70 26 13, Fax 70 26 14, vierneusel@t-online.de

Gießen/Wetzlar/Marburg

Südhessen

Hermann Straub, Tel. (0 64 03) 77 50 89,
Fax 77 52 59, straub@stami.de
Harry Distelmann, Tel. (0 61 51) 31 80 93
harrydistelmann@medianet-world.de

Saarland

Saarbrücken
Stefan Heuel, Tel. (06 81) 6 41 35,
Fax 9 06 76 77, cs.heuel@worldonline.de

Baden-Württemberg

Heidelberg
Wolfgang Bier, Tel. (0 62 02) 1 53 33
wolfbier@nexgo.de
Heidi Herzog, Tel. (0 72 52) 97 58 31,
Fax 96 47 99, h.k.herzog@t-online.de
Gerda Schieferdecker, Tel. (0 71 33) 96 47-47,
Fax -48, G.Schieferdecker@gmx.de
Jutta Riemer, Tel. (0 79 46) 94 01-87, Fax -86,
jutta.riemer@gmx.net
Josef Theiss, Tel. (0 71 42) 5 79 02,
Fax 77 39 333, joseftheiss@t-online.de
Christel Beger-Mehlhorn, Tel. (0 71 41) 56 55 99,
C.Beger-Mehlhorn@online.de
Guenther Lehnen, Tel. (0 71 57) 43 54,
Fax 98 93 22, GuentherLehnen@aol.com
Rosemarie Weiß, Tel. (0711) 37 27 37,
rosi.weiss@arcor.de
Irmgard Klein, Tel. (0 70 21) 48 39 56
Ernst Eberle, Tel. (0 70 25) 63 66, Fax 71 78,
(0172) 7 15 65 45, eberle-kohlberg@t-online.de
z.Zt. **Josef Theiss**, Tel. (0 71 42) 5 79 02,
Fax 77 39 333, joseftheiss@t-online.de
Barbara Knoll, Tel. (0 74 76) 18 79,
w.b.knoll@tiscalinete.de
Andrea Schilling, Tel. (0 73 07) 95 15 05,
Fax 95 25 06, a.u.w.schilling@t-online.de
Maren u. Jürgen Otten, Tel. (0 75 44) 7 17 75,
Fax 74 11 56, otten@jumatira.de
Marita Ziekle, Tel. (0 76 64) 9 52 13, zielke.m@web.de
Wolfgang Schmidle, Tel. (0 77 46) 92 11 11,
Fax 92 11 22, (01 71) 2 45 01 00,
wschmidle@t-online.de

Bayern

München
Alfred-Josef Truger, Tel. (089) 48 72 97,
Fax 44 49 92 09, ajotte@t-online.de
Irene Kühner, Tel. (0 81 31) 8 61 78,
Fax 8 61 25, HUIKUETZ@aol.com
Ulrike Eisele, Tel. (0 88 21) 967 78 71,
Fax 967 78 72, privat@ulrikeeisele.de
Herbert Schreurs, Tel. (0 92 27) 97 38 34
Jürgen Glaser, Tel. (0 91 71) 89 83 58
Birgit Binder, Tel. (0 91 22) 87 63 20
Wolfgang Scheuplein, Tel. (0 93 83) 65 21,
wscheuplein@yahoo.de
Gerhard Mühlberger, Tel. (0 85 03) 12 52,
Fax 92 21 21, gerhard.muehlberger@web.de
Rosi Achatz, Tel. (0 86 34) 16 97

Ansprechpartner für junge Lebertransplantierte

Christine Katz, Tel. (0 74 52) 81 86 66,
christine.katz@onlinehome.de

Ansprechpartner für Eltern transplantierten Kinder und Jugendlicher

Joachim F. Linder, Tel. (030) 96 20 25-56,
Fax -57, (01 72) 3 21 69 55, JFL@epost.de

Ansprechpartner Süd für Hinterbliebene

Roswitha Knittel u. Bernd Müller,
Tel. (0 79 03) 94 12 38
B.Mueller.Lachweiler@web.de

Weitere Ansprechpartner – auch für bestimmte Grunderkrankungen oder Lebenssituationen – nennen Ihnen gerne ...

nördlich der Mainlinie

Peter Mohr, Tel. (0 41 31) 5 32 17,
mohmolgd@t-online.de
Birgit Schwenke, Tel. (0 21 95) 6 92 31
bsschwenke@yahoo.de
Jutta Vierneusel, Tel. (0 62 02) 70 26 13, Fax 14
vierneusel@t-online.de
Josef Theiss, Tel. (0 71 42) 5 79 02,
Fax 77 39 333, joseftheiss@t-online.de

südlich der Mainlinie



Novartis Transplantation. Erste Wahl für das zweite Leben.

www.novartistransplantation.de