

LEBENS LINIEN

 Selbsthilfe
Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

2/2006



Inhalt

TRANSPLANTATIONS-MEDIZIN

Dual-Leber-Lebendspende-Transplantation	2
Informationsblätter in Türkisch und Russisch	4
Tumoren der Leber und Gallenwege – Resektion oder Transplantation?	5
Modifiziertes Virus zur Bekämpfung von Leberkrebs?	7
Gallenwegskomplikationen nach Lebertransplantation	8
Broschüre über Hauterkrankungen	10
Leberbiopsie vor Lebertransplantation – warum eigentlich?	11
Langzeit-Überleben von Nierentransplantaten und Biopsie	13
Monitoring nach Lebertransplantation auf einer Intensivstation	13
Individualisierte Therapie mit Calcineurininhibitoren nach Organtransplantation	15
Narbenbrüche nach Organtransplantation	17
Patientenservice – Patientenbroschüren für Organtransplantierte	19

HEPATOLOGIE

Risiko der Hepatitis-B-Reaktivierung nach Lebertransplantation	20
Neue Form der interdisziplinären Kooperation zwischen der Universitätsklinik Tübingen und den Städtischen Kliniken Esslingen	21
Aus Wissenschaft und Forschung:	22
Homöopathie – Wirksame Therapie oder Placebo-Effekt? · Pflanzenheilmittel bei chronischen Lebererkrankungen · Immunsuppression und Hautkrebs · Akutes Nierenversagen nach Koloskopie · Compliance	
Gedicht	24

TRANSPLANTATIONSGESETZ · ORGANSPENDE

Die Widerspruchslösung ist nicht der Schlüssel	25
Professionalisierung der Organspende	27
Professionalisierung des Organspendeprozesses	28
Organspenden – Es könnten mehr sein!	28
Organspendezahlen und Transplantationen 2005	29
Baden-Württemberg: Transplantationsbeauftragte eingeführt	30
Ehefrau erhält eine Niere ihres verstorbenen Mannes	31
Ethik der Organspende und -vermittlung	32
Anonymität der postmortalen Organspende?	33
Werbung für Organspende	34
Organspendeausweis zum Heraustrennen	35
Hauptamtlicher Transplantationsbeauftragter in Tübingen ernannt	35
Die Welt mit anderem Herzen sehen	36

GESUNDHEIT · RECHT · SOZIALES

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Finanzierung der Hochleistungsmedizin am Beispiel der Lebertransplantation	37
Qualitätssicherung im Krankenhaus	39
Die neue Gesundheitskarte	39
Sie haben Fragen zum Sozialrecht?	40
Integrationsamt – Aufgabe und Arbeit	40

GEIST · KÖRPER · SEELE

In Australien läuft manches anders – Brief einer Wartepatientin	41
Motorradfahrer wirbt für Organspende	42
Organspende – eine zeitgemäße Form der Nächstenliebe	43
Sport nach Transplantation	44
Achterbahn der Emotionen	47
Gedenken	49

ERNÄHRUNG

Sommerlich leicht und lecker – Mediterranes ist immer in	50
---	----

VEREINSGESCHEHEN

Auch Angehörige sind Betroffene	52
Hilfe – Mein Kind braucht eine neue Leber!	53
Patientenseminar „Organtransplantation“ in Hamburg	54
Was für ein Tag	54
Workshop Organspende Reutlingen	55
Ruhm und Ehre den Stauern – Treffen der Ostalbgruppe im Kloster Lorch	56
„Nicht nur Alkoholranke haben Leberschäden“	57
Weihnachts-/Jahresabschlussfeier der Gruppe Oberfranken/Oberpfalz	58
Neujahrstreffen in Münster	58

VERMISCHTES

Buchbesprechung: „Schmerzfrei Enten gucken“	59
Einsatz für Mitmenschen – nicht selbstverständlich	59
Adressen Fachbeiräte – Dank an unsere Sponsoren – Impressum	60
Termine – Beitrittserklärung	61
Adressen Verein – Vorstand	62
Ansprechpartner/Kontaktgruppen (Teil 1)	63
Ansprechpartner/Kontaktgruppen (Teil 2)	64
Medizin anno dazumal – Xenotransplantation	U3



Liebe Mitglieder, Angehörige und Interessierte,



Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel

unser bundesweit tätiger Verband für Lebertransplantierte, Wartepatienten und deren Angehörige besteht seit 1993. Wir werden voraussichtlich bald das 1000. Mitglied begrüßen dürfen. Mit der Vereinsgröße wachsen die Aufgaben, auch im Bereich der öffentlichen Stellungnahmen und Einflussnahme für Patienteninteressen.

Die Mitgliederversammlung gab dem Vorstand den Auftrag, zur Unterstützung einen geeigneten Schirmherrn für unseren Verein zu suchen. Wir freuen uns sehr, dass wir Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel als Schirmherrn für die Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V. gewinnen konnten.

So wie wir Patienten gerne in aller Differenziertheit betrachten möchten, so ist es dem Verband auch ein besonderes Anliegen, das Thema Transplantation unter vielen Aspekten darzustellen. Professor Nagel ist Transplantationsmediziner, aber auch Ethiker, Philosoph und Ökonom. Er zeigt in seiner vielfältigen Arbeit deutlich, dass die Berücksichtigung vieler Facetten erst ein sinnvolles, differenziertes Gesamtbild der transplantationsspezifischen Probleme ergibt.

Eine ausführliche Vorstellung können Sie in der nächsten Ausgabe der „Lebenslinien“ lesen. Hier will ich nur eine kurze Zusammenfassung über Werdegang und Wirken von Herrn Prof. Nagel geben.

Eckhard Nagel studierte Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, in den USA, England und Frankreich. 1986 erhielt er die Approbation als Arzt, 1987 promovierte er zum Dr. med. Er war als wissenschaftlicher Mitarbeiter, später als Oberarzt in der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Unter Herrn Prof. R. Pichlmayr absolvierte er die Facharztbildung und war viele Jahre dessen persönlicher Referent. 1998 habilitierte er sich über „Modelle für die klinische Forschung am Beispiel der Analyse und Bewertung der Nieren- und Lebertransplantation“. Des Weiteren studierte Eckhard Nagel Philosophie und Geschichte an der Universität Hannover und promovierte zum Dr. phil. im Jahr 1995. Seit 2001 ist er Ordinarius an der Universität Bayreuth und Direktor des dortigen Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Leiter des Chirurgischen Zentrums am Klinikum Augsburg sowie Chefarzt im Bereich Abdominal-, Viszeral- und Transplantationschirurgie im Chirurgischen Zentrum. Er ist Mitglied im Nationalen Ethikrat der Bundesrepublik Deutschland und Mitglied des Präsidiums-vorstands des Deutschen Evangelischen Kirchentags. Gleichzeitig ist Professor Nagel Vorsitzender des Stiftungsvorstands der Rudolf-Pichlmayr-Stiftung der Sonderkranke-anstalt Ederhof – eine Rehabilitationsklinik speziell für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation in Stronach, Osttirol.

Ich freue mich sehr über die zukünftige Unterstützung unserer Selbsthilfeorganisation durch Herrn Professor Nagel.

Allen Lesern wünsche ich einen möglichst angenehmen, gesunden Sommer. Ich hoffe, dass Sie in dieser Ausgabe wieder Interessantes für sich entdecken und wünsche Freude beim Lesen.

*He.
Julia Priebe*

Dual-Leber-Lebendspende-Transplantation

Innovative Weiterentwicklung der Erwachsenen-Lebendspende-Transplantation

Entwicklung der Leberlebendspende

Nachdem 1963 die erste Leber transplantiert wurde, hat sich die Lebertransplantation in den vergangenen 43 Jahren zu einer Standardoperation entwickelt. Sie stellt die Therapie der Wahl bei Endstadien von chronischen Lebererkrankungen dar, aber auch bei akutem Leberversagen. Die zunehmenden Erfahrungen der behandelnden Ärzte, die technischen Verbesserungen und optimierten Ergebnisse führten zu einem rasanten jährlichen Anstieg der Anzahl der Lebertransplantationen weltweit. Diese Entwicklung wurde nur durch die limitierte Anzahl von Spenderorganen gebremst. Der zunehmende Mangel an Organspendern führte inzwischen zu langen Wartezeiten und hoher Sterblichkeit auf der Warteliste.

Gleichzeitig wurden durch die großen technischen Entwicklungen in der Leberchirurgie in den 1980er Jahren die Grundlagen für die Transplantation größenreduzierter Organe im Bereich der Kinder-Lebertransplantation, für die Split-Leber-Transplantation, bei der ein Spenderorgan für zwei Empfänger geteilt wird, und auch für die Leber-Lebendspende gelegt. Trotz intensiver ethischer Diskussionen über die Anwendung entwickelte sich die Lebendspende in den erfolgreichen Kinder-Lebertransplantationszentren zu einem unverzichtbaren Verfahren, um effektiv die Sterblichkeit auf der Warteliste der kindlichen Empfänger zu senken.

Angeregt durch den Erfolg in der Kinder-Lebertransplantation und die weiterhin bestehende Organknappheit, wurden die ersten Versuche unternommen, die Lebendspende auch bei erwachsenen Empfängern durchzuführen. Während bei der kindlichen Lebendspende die Transplantation des linkslateralen Leberlappens (Abb. 1) des Spenders ausreichte, erzielten die ersten Versuche, erwachsene Empfänger mit linken Leberlappen zu transplantieren, nur unbefriedigende Ergebnisse. Grund war das meist unzureichende Lebervolumen, so dass erst mit der Transplantation des größeren rechten Leberlappens Erfolge erzielt werden konnten, die

mit denen der Transplantation von Vollorganen von verstorbenen Spendern vergleichbar waren. Dies setzt allerdings den Spender einem größeren Risiko aus.

Bedarf des erwachsenen Empfängers

Während die Übertragung des linkslateralen Leberlappens in kindliche Empfänger für diese ein meist mehr als ausreichendes Lebervolumen zur Verfügung stellt, kann dieses geringe Volumen (meist ca. 20 Prozent des gesamten Lebervolumens) die Bedürfnisse des erwachsenen Empfängers nicht erfüllen. Damit beim Empfänger nach der Transplantation eine ausreichende Leberfunktion erzielt werden kann, die ihn vor dem tödlichen Leberversagen schützt, sollte das Transplantatvolumen ungefähr einem Prozent seines Körpergewichts entsprechen (40–50 Prozent des so genannten Standardlebervolumens). Dies würde, übertragen auf die Lebergröße des potenziellen Spenders, in den meisten Fällen eine Spende des rechten Leberlappens erforderlich machen.

Sicherheit des Spenders

Die Entfernung des rechten Leberlappens zur Lebendspende bedeutet für den Spender ein deutlich erhöhtes Komplikationsrisiko, vor allem bedingt durch die stark reduzierte Größe der verbleibenden Leber. Der rechte Leberlappen entspricht in den meisten Fällen ca. 60–70 Prozent des totalen Lebervolumens. Demnach bleibt dem Spender nach der Transplantation ein geringes Restlebervolumen, das die komplette Leberfunktion übernehmen muss. Die Größe der einzelnen Lebersegmente kann im Rahmen der Voruntersuchungen anhand von Computertomogra-



Dr. med. Jessica Walter



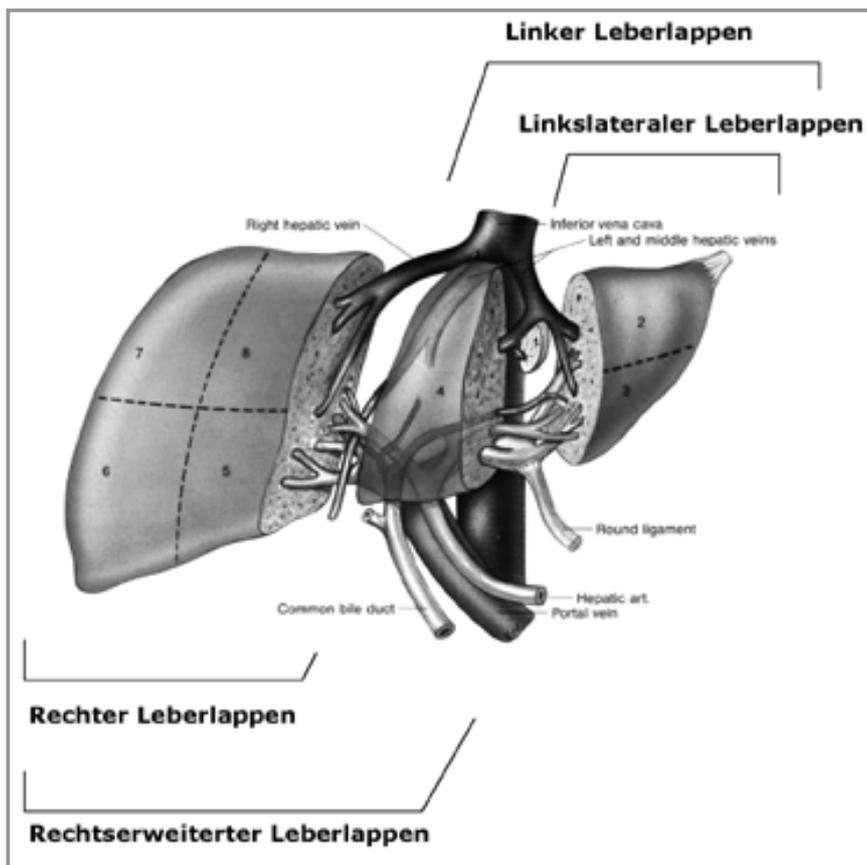
PD Dr. med. Dieter C. Bröring

phie-Bildern errechnet werden. Durch die Erfahrungen in der Tumorchirurgie, in der die Leber teilweise entfernt werden muss, und auch in der Lebendspende-Transplantation wurde ein kritisches Restlebervolumen definiert, welches nicht unterschritten werden sollte. Diese Definition ist nicht einheitlich; in unserem Hamburger Transplantationszentrum liegt die Grenze bei 30 Prozent des totalen Lebervolumens, das dem Spender erhalten bleiben sollte, um ihn vor einem Leberversagen nach der Operation zu schützen. Die Sicherheit des Spenders stellt die höchste Priorität in der Leber-Lebendspende-Transplantation dar.

Dual-Leber-Lebendspende

In den Fällen, in denen die Entfernung des rechten Leberlappens für den Spender zu risikoreich ist oder in denen das Lebervolumen, das transplantiert werden könnte, für den Empfänger nicht ausreichend groß ist, kann die **Dual-Leber-Lebendspende** eine Alternative darstellen. Bei der Dualspende entnimmt man zwei passenden Spendern kleinere Leberteile und pflanzt diese beiden Transplantate in einen Empfänger. Dieses Verfahren wurde erstmals in einem Zentrum in Korea durchgeführt und wird bisher auch hauptsächlich im Fernen Osten angewandt. Durch die Dualspende könnte die Leber-Lebendspende für mehrere Familien auch in der westlichen Welt ermöglicht werden, die ansonsten hiervon ausgeschlossen wären. Wir haben bisher drei Dual-Leber-Lebendspenden in Hamburg durchgeführt, wovon zwei erfolgreich verliefen. Der dritte Patient musste aufgrund eines Verschlusses der zuführenden Leberarterie erneut transplantiert werden.

Abb. 1: Aufteilung der Lebersegmente/Leberlappen



Eigene Erfahrungen in Hamburg

1. Fall

In dem ersten Fall, bei dem wir in unserem Zentrum eine Dual-Leber-Lebendspende durchgeführt haben, handelte es sich um einen 57-jährigen Patienten, der unter einer Hepatitis-C-Zirrhose im Endstadium litt. Das für ihn optimale Lebervolumen wurde auf 730 ml berechnet. Die Familie entschied sich für eine Leber-Lebendspende, wobei der Sohn, der als Spender in Frage kam, seinen rechten Leberlappen hätte spenden müssen, um seinem Vater ein adäquates Lebervolumen zur Verfügung zu stellen. Hiernach hätte er nur ein äußerst grenzwertiges Restlebervolumen von 28 Prozent seines totalen Lebervolumens behalten. Es wurde daraufhin der Schwager des Patienten evaluiert, dem nach einer Spende seines rechten Leberlappens sogar nur 18 Prozent seines totalen Lebervolumens geblieben wären, was für die Wahrung seiner Sicherheit nicht ausreichend erschien. Um in diesem Fall trotzdem eine Leber-Lebendspende durchführen zu können, wurde berechnet, dass durch die Transplantation beider linker Leberlappen der beiden passenden Spender ein ausreichendes Gesamt-Transplantatvolumen für den Empfänger erzielt wer-

den könnte und die Spender durch die Entnahme des linken Leberlappens keinem unzumutbaren Risiko ausgesetzt wären. Zur weiteren Risikoreduktion wurde entschieden, von dem Schwager nur den linkslateralen Leberlappen zu entnehmen. Die besondere Herausforderung bei der Operation ist zum einen der große logistische Aufwand mit der Bereitstellung entsprechend vieler Operationssäle und OP-Teams. Zum anderen stellt der Eingriff eine technisch hoch komplexe Anforderung an den Operateur. Beide Leberlappen müssen entsprechend anastomosiert werden, um jeweils eine optimale Durchblutungssituation herzustellen und einen ungestörten Galleabfluss zu gewährleisten. Hierzu waren insgesamt elf Gefäß- und Gallengangsanschlüsse notwendig. Außerdem musste der linkslaterale Leberlappen des Schwagers um 180° im Empfänger gedreht eingepflanzt werden, um ihn optimal in den rechten Oberbauch platzieren zu können. Die Dauer der Empfänger-Operation betrug 10:45 Stunden. Das resultierende Gesamt-Transplantatgewicht entsprach 0,82 Prozent des Körpergewichtes des Empfängers (Abb. 2). Die Leberfunktion war jederzeit uneingeschränkt, es traten keinerlei Komplikationen auf. Der Verlauf der Spender war ebenfalls komplikations-

los. Beide konnten bereits nach vier Tagen aus der stationären Behandlung entlassen werden, während der Empfänger die Station nach 19 Tagen verließ.

2. Fall

Bei dem Empfänger der zweiten erfolgreich durchgeführten Dualspende handelte es sich um einen 67-jährigen Patienten mit einer fortgeschrittenen Hepatitis-B-Zirrhose. Der relativ große und schwere Patient benötigte 940 ml Lebervolumen, um eine optimale Leberfunktion zu gewährleisten. Es wurden zwei prinzipiell passende Spender evaluiert, Sohn und Neffe des Empfängers, bei denen die CT-Untersuchungen jeweils ausreichend große linke Leberlappen zur Wahrung der Sicherheit der Spender ergaben. Die Volumina der rechten Leberlappen waren jedoch nicht ausreichend groß für die Bedürfnisse des Empfängers. Hier wurde entschieden, den rechten Leberlappen des Sohnes zu entnehmen, dem nach der Spende noch 42 Prozent seines Totallebervolumens blieben, zusammen mit dem linkslateralen Leberlappen des Neffen und diese im Rahmen einer Dualspende zu transplantieren. Hierbei konnte man die Leberlappen jeweils in ihrer regelrechten Lage einpflanzen, den rechten Leberlappen in den rechten Oberbauch und den linkslateralen Leberlappen links davon, wiederum mit der aufwändigen Herstellung der Blutgefäß- und Gallengangsanschlüsse. Die Operation des Empfängers dauerte zehn Stunden. Es wurde ein Gesamttransplantatvolumen von 0,73 Prozent des Körpergewichtes des Empfängers erzielt, was ausreichte, um eine optimale Leberfunktion zu gewährleisten (Abb. 3). Die Verläufe der Spender gestalteten sich problemlos; sie konnten nach sechs Tagen von der Station entlassen werden. Der Empfänger verblieb 39 Tage auf der Station, da er eine Lymphfistel entwickelt hatte, die diätetisch behandelt werden konnte.

Fazit/Ausblick

Die Dualspende bietet ein innovatives Verfahren, um bei den derzeit knappen Organressourcen die Leber-Lebendspende einer größeren Anzahl von Familien als Alternative zu ermöglichen. Hierbei steht, wie bei jeder Leber-Lebendspende, die Sicherheit der Spender im Vordergrund. Durch die Entnahme der kleineren Leberanteile bei der Dual-Spende, verglichen mit der sonst notwendigen Spende des großen rechten Leberlappens in der Erwachsenen-Lebendspende, werden die Spender einem

Abb. 2: postoperatives CT, Fall 1

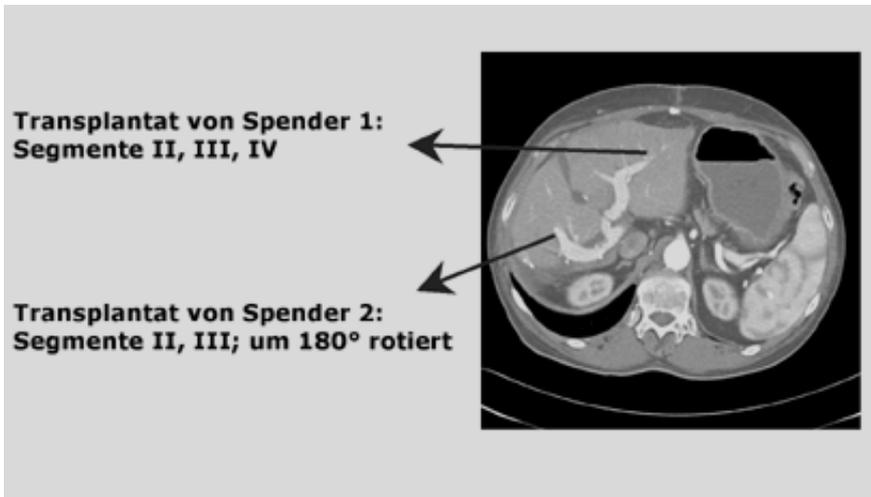


Abb. 3: postoperatives CT, Fall 2



relativ geringen Risiko ausgesetzt. Dem gegenüber steht natürlich, dass man bei dieser Prozedur zwei gesunde Spender den Risiken der Entnahme von Lebergewebe aussetzt. Dies ist in jedem Fall individuell zu diskutieren unter Abwägung des entsprechenden Risikos für jede Familie. Das Gesamtrisiko für die Familie wird durch die Dualspende prinzipiell verringert, da auf der einen Seite für den Empfänger ein sicher ausreichendes Transplantatvolumen erzielt werden kann und dieser damit vor einer „small-for-size“-Situation, also vor einem für die Bedürfnisse des Empfängers zu kleinen Organ, geschützt wird. Auf der anderen Seite ist es nicht notwendig, den Spendern die Entnahme des rechten Leberlappens zuzumuten, welche mit der Gefahr des postoperativen Leberversagens verbunden ist.

Die Dualspende-Transplantation ist allerdings eine technisch höchst aufwändige Prozedur, die ein Höchstmaß an Organisation und Expertise des gesamten Teams voraussetzt. Aus diesem Grund und auch unter ethischen Gesichtspunkten bleibt die Dualspende speziellen Situationen vorbehalten und wird sich in nächster Zukunft zu keinem Routine-Verfahren entwickeln.

*Dr. med. Jessica Walter
PD Dr. med. Dieter C. Bröring
Klinik für Hepatobiliäre Chirurgie und
Viszerale Transplantation
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Karaciğer Nakli

Karaciğer Nakli
Yapılanlar/Yardımlarına ve
Dayanışma Derneği
Almanya e.V.
Selbsthilfe
Lebertransplantierter
Deutschland e.V.

Ожидание трансплантации печени.

Информация общества
квипомощи перенесших
трансплантацию печени.
Германия.
Selbsthilfe
Lebertransplantierter
Deutschland e.V.

Трансплантация печени.

Информация общества
квипомощи перенесших
трансплантацию печени.
Германия.
Selbsthilfe
Lebertransplantierter
Deutschland e.V.

Informationsblätter zur Lebertransplantation gibt es jetzt auch in Türkisch und Russisch als Download auf unserer Homepage: www.lebertransplantation.de

Tumoren der Leber und Gallenwege – Resektion oder Transplantation?

Einleitung

Das Management von bösartigen Tumoren der Leber hat sich in den vergangenen Jahren durch wachsende Erkenntnisse auf dem Gebiet der Tumorbiologie, der Leberanatomie und Physiologie, der Leberregeneration sowie durch Fortschritte auf technisch-therapeutischer Ebene gewandelt. Schnellere und sensitivere Labormethoden und radiologische Bildgebung sowie die Verfügbarkeit unterschiedlicher Therapieoptionen haben wesentlich dazu beigetragen, die Diagnose früher zu stellen und die Heilungsraten deutlich zu verbessern.

Die Lebertransplantation spielt in der Therapie primärer, also von der Leber ausgehenden Tumoren, traditionell eine zentrale Rolle (Abb. 1). Allerdings hat das frühe Wiederauftreten von Tumoren meist innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Transplantation gerade im Hinblick auf den steigenden Organmangel die Indikationen zur Transplantation bei Lebertumoren eingeschränkt. Tumoren, die heute unter Berücksichtigung definierter Kriterien als Indikation zur Transplantation angesehen werden, sind das Hepatozelluläre Karzinom (HCC), das Hepatoblastom, das Hemangioendotheliom und Lebermetastasen neuroendokriner Tumoren. Die Ergebnisse für das Cholangiozelluläre Karzinom (CCC) sind im Vergleich zum HCC deutlich schlechter, so dass das CCC in den meisten Zentren als Kontraindikation zur Transplantation gilt.

Hepatozelluläres Karzinom

Das HCC ist der häufigste maligne Tumor der Leber und zählt zu den verbreitetsten Tumoren weltweit. Ca. 80–90 Prozent aller Fälle entstehen auf Basis einer Leberzirrhose. Weltweit zählen die chronische Virushepatitis B (HBV) und C (HCV) zu den häufigsten Ursachen einer Leberzirrhose, in den westlichen Staaten überwiegt die äthylische Leberzirrhose. Das Risiko, ein HCC bei chronischer HBV-Infektion zu erwerben, ist mehr als 200-fach größer als bei nicht infizierten Personen und beträgt 0,5 Prozent pro Jahr. In Japan und den Mittelmeerländern ist die chronische HCV-Infektion die häufigste Ursache einer chronischen Lebererkrankung. Das HCC-Risiko bei HCV-assoziiierter Leberzirrhose liegt mit etwa 5 Prozent pro Jahr noch weit über

dem der Hepatitis B. Ein ebenfalls sehr hohes Risiko für eine Tumorentwicklung liegt bei chronischem Alkoholkonsum und Hämochromatose vor. Die hohe Durchseuchung der Bevölkerung mit viraler Hepatitis und dem damit verbundenen hohen Tumorrisiko hat im fernen Osten zur Entwicklung spezieller Screening-Programme zur Frühdiagnose geführt. Solche Programme wurden in den westlichen Ländern mit weit niedrigerem HCC-Risiko aus Kostengründen nicht etabliert. Dennoch sollten Patienten mit Hämochromatose und/oder bekannter Leberzirrhose entsprechend daraufhin überwacht werden.

Therapieoptionen bei HCC

Obwohl heute eine breite Palette möglicher Therapien bei HCC-Diagnose zur Verfügung steht, wurden bisher, mit Ausnahme der chirurgisch-radikalen kurativen Resektion, keine Standards definiert. Die Wahl der jeweiligen Therapie unterliegt neben der allgemeinen Verfassung des Patienten, dem Tumorausmaß und der jeweiligen Leberfunktion vor allem der Erfahrung des betreuenden Zentrums.

Leberresektion in kurativer Absicht – partielle Hepatektomie.

Die Möglichkeit einer frühen Diagnose und Bildgebung mit exakter Lokalisation des Tumors in der Leber und, abhängig vom geplanten Resektionsausmaß, dreidimensionaler Rekonstruktion und Operationsplanung haben das Risiko eines chirurgischen Eingriffs an der Leber minimiert. International wird die operationsbedingte Sterblichkeit zwischen 0,5 und 21,5 Prozent angegeben, im Mittel zwischen 5 und 10 Prozent. Das 5-Jahres-Überleben zeigt, zentrumsbedingt und abhängig vom Ausmaß der Lebererkrankung, eine hohe Schwankungsbreite und liegt zwischen 11 und 76 Prozent.

Um die Ergebnisse nach partieller Leberresektion zu verbessern, wurde das Resektionsausmaß vergrößert und eine en bloc-Entfernung benachbarter Strukturen



Prof. Dr. med. Wolfgang Steurer

mit Tumordinfiltration angestrebt. Zusätzlich kann durch Kombination von Therapieverfahren eine präoperative Verkleinerung des Tumors erzielt werden und so initial nicht operable Tumoren in ein operables Ausmaß reduziert werden. Allerdings reagiert nur ein geringer, nicht vorhersehbarer Prozentsatz von Patienten auf eine Tumorverkleinerung. Eine

Möglichkeit, den gesunden Leberanteil vor einer Operation zu vergrößern, besteht in der sog. „Augmentation“. Hierbei wird die Pfortader des erkrankten Leberanteiles vier bis sechs Wochen vor dem Eingriff in Lokalanästhesie durch Kunststoffinjektion verschlossen. Konsekutiv vergrößert sich der gesunde Leberanteil mit noch durchgängiger Pfortader. Bisherige Studien mit adjuvanter Therapie mittels Chemoembolisation, Retinoidgabe oder transarterieller Lipiodol Jod 131-Applikation zeigten zum Teil verbesserte Ergebnisse.

Lokale Therapieverfahren

Tumorenbulking

Die chirurgische Verkleinerung eines nicht mehr kurativ operablen Tumors ist in ausgewählten Fällen eine geeignete Methode, das Patientenüberleben zu verlängern und die mit dem Tumorwachstum verbundenen Beschwerden zu verbessern. Die zusätzliche Kombination mit intraoperativer Kälteapplikation (Cryotherapie), Alkoholinjektion oder Koagulation des Tumors durch Mikrowellen zur Zerstörung von Tumorgewebe erhöht den therapeutischen Effekt.

Lokal ablative Therapieverfahren

Für Patienten, bei denen eine Resektion des Tumors auf Grund der schlechten Leberfunktion oder des reduzierten Allgemeinzustands ein zu hohes Risiko bedeutet, bieten lokal ablativ Verfahren bei kleinem Tumorausmaß eine sinnvolle Alternative. Die meisten Daten liegen bisher für die perkutane Alkoholinjektion (PEI) vor. Dieses Verfahren wurde in der Vergangen-

Abb. 1

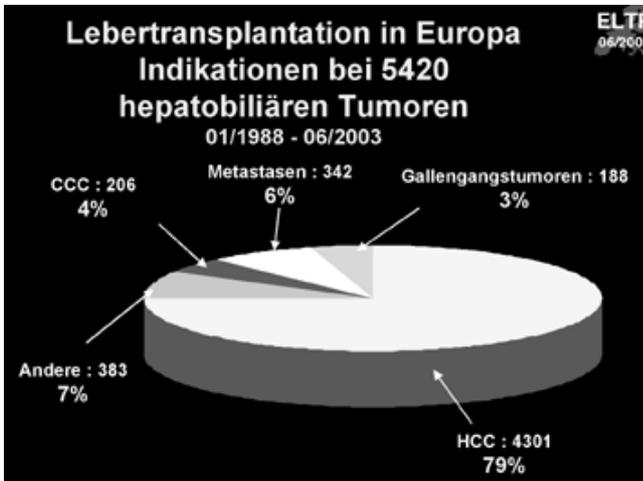
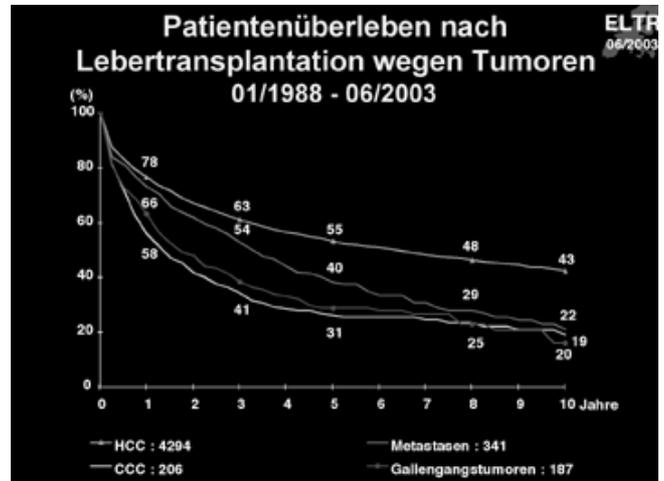


Abb. 2



heit am häufigsten angewendet, wird aber in Zukunft von neueren Verfahren wie der Radiofrequenzablation (RFA) abgelöst. Obwohl eine Reihe nicht randomisierter Studien einen Überlebensvorteil für Patienten nach PEI gezeigt hat, wird das Wiederauftreten von Lebertumoren bei ca. 50 Prozent der Patienten innerhalb von zwei Jahren berichtet. Rezente Studien mit RFA haben gezeigt, dass dieses Therapieverfahren für frühe Stadien eines HCC die weitaus effektivste perkutane Therapieoption darstellt und bei kleinen Tumoren bis 5 cm Durchmesser bzw. drei Tumoren bis je 3 cm Durchmesser der PEI überlegen ist.

Transarterielle Chemoembolisation (TACE)

Ein Verschluss der arteriellen Blutzufuhr des Tumors in Kombination mit lokaler Chemotherapie soll das Tumorwachstum verringern. Allerdings konnte bisher kein Vorteil auf das Patientenüberleben gezeigt werden, da das rasche Wiedereinsprossen von Gefäßen aus der Nachbarschaft des Tumors den erwünschten Effekt verringert. In einer klinischen Studie unserer Gruppe (Graziadei, Liver Transplantation 2003) konnte allerdings ein positiver Effekt der Chemoembolisation auf die Progression des Tumors während der Wartezeit auf die Lebertransplantation bei bestimmten Patienten gezeigt werden.

Systemische Therapieverfahren

Systemische Chemotherapie

Das HCC ist relativ resistent gegenüber den meisten Chemotherapeutika, so dass Studien bisher keinen Überlebensvorteil zeigen konnten. Neuere Protokolle mit zu erwartenden besseren Ansprechraten befinden sich derzeit in klinischer Testung.

Systemische Immuntherapie

Hochdosistherapie mit Interferon-α2 konnte in Studien einen Vorteil gegenüber der alleinigen Chemotherapie zeigen. Eine Kombination beider Therapieverfahren mit Chemotherapie (Cisplatin, Doxorubicin, 5-FU) und Interferon-α2 resultierte in einer teilweisen Ansprechrate von 26 Prozent und einer Verkleinerung primär nicht-resektabler Tumoren auf Resektionsgröße.

Systemische Hormontherapie

Die Gabe von Tamoxifen, einer Substanz zur teilweisen Blockade der Östrogenwirkung, die in der Therapie des Brustkrebses seit Jahren verwendet wird, hat beim HCC einen minimalen Effekt auf das Tumorwachstum gezeigt. Somatostatin ist ein weiteres, Wachstum regulierendes Hormon vieler Tumoren. Eine Blockade der Somatostatinwirkung durch Octreotide konnte bei Patienten mit HCC eine Verlängerung des Patientenüberlebens zeigen. Studien mit größeren Patientenzahlen stehen bisher allerdings noch aus.

Lebertransplantation

Die anfänglichen Ergebnisse nach Lebertransplantation bei Patienten mit HCC waren infolge der hohen Rezidivrate von mehr als 70 Prozent ernüchternd. Die Indikation zur Transplantation wurde bei mehr als der Hälfte aller Patienten wegen ausgedehnter Tumoren in einer nicht zirrhatischen Leber gestellt. Die schlechten Ergebnisse waren Folge des fortgeschrittenen Tumorwachstums zum Zeitpunkt der Indikationsstellung, so dass sich die Frage aufdrängt, ob das HCC in einer nicht zirrhatischen Leber überhaupt eine Indikation zur Transplantation darstellt. Obwohl diese Frage in der Literatur kontrovers beurteilt wird, ist auf Grund der ho-

hen Rezidivrate bei nicht resektablen und damit fortgeschrittenen Tumoren die Transplantation keine Therapieoption. Allerdings relativiert das meist junge Patientenalter beim nicht zirrhatischen HCC diese Aussage. Die 5-Jahres-Überlebensraten liegen nach Transplantation zwischen 11 und 30 Prozent.

Die Langzeitergebnisse nach Transplantation bei Karzinomen auf der Basis einer chronischen Leberzirrhose hängen vom Tumorstadium zum Zeitpunkt der Transplantation ab. Da in einer vorerkrankten Leber eine Resektion nur in eingeschränktem Maße möglich ist und die zu Grunde liegende Ursache der Lebererkrankung bestehen bleibt, resultiert ein hohes Rezidivrisiko. Durch eine strenge Indikationsstellung zur Transplantation können annähernd gleiche Ergebnisse wie bei Patienten ohne Tumorerkrankung erzielt werden. 1995 wurde erstmals von Mazzafero und Mitarbeitern gezeigt, dass ein frühes Tumorstadium (ein Herd kleiner als 5 cm oder drei Herde maximal je 3 cm) eine Reduktion der Redizivrate unter 20 Prozent erlaubt und konsekutiv ein Patientenüberleben von 70 Prozent nach fünf Jahren erzielt werden kann. Diese Ergebnisse wurden auch von anderen Zentren bestätigt (Abb. 2). Sowohl die Durchführung einer Chemoembolisation vor der Transplantation als auch die Gabe einer adjuvanten Chemotherapie nach Transplantation resultierten in keiner Reduktion der Rezidivraten.

Allokationskriterien

Die steigende Wartezeit für eine Transplantation und die damit verknüpfte kontinuierliche Diskussion um eine adäquate Organzuteilung (Allokation) ist für Patienten mit maligner Entartung einer chronischen

Leberzirrhose von besonderer Bedeutung. Diese Patienten sollten einerseits rasch einer Transplantation zugeführt werden, um einer Tumorausbreitung entgegen zu wirken, andererseits ist nach den derzeitigen Verteilungskriterien in der Bundesrepublik, basierend auf dem Transplantationsgesetz, eine erhöhte Dringlichkeitslistung zur Transplantation bei stabiler Leberfunktion nicht vorgesehen. Der der Allokation derzeit zu Grunde liegende Child-Pugh-Score zur Einteilung des Schweregrades einer Leberzirrhose beinhaltet neben objektiven, laborchemischen Parametern (Bilirubin, Albumin) eine Reihe Untersucher-abhängiger klinischer Symptome (Aszites, Enzephalopathie), ohne auf eine eventuelle maligne Zusatzerkrankung der Leber Rücksicht zu nehmen. Auch der ab 2006 bei Eurotransplant implementierte MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease) wird dieser Forderung primär nicht gerecht. Einer erhöhten Dringlichkeit von Tumorpatienten soll allerdings durch entsprechende Korrekturpunkte Rechnung getragen werden.¹

Hepatoblastom

Das Hepatoblastom ist der häufigste primäre Lebertumor im Kindesalter und ist nur selten mit vorbestehenden Erkrankungen der Leber verbunden. Die operative Entfernung des Tumors gilt als Therapie der Wahl, ist allerdings aufgrund der fortgeschrittenen Tumorgöße zum Zeitpunkt der Diagnose und zentralen Lokalisation in der Leber häufig nicht durchführbar. Die generell gute Ansprechrate dieser Tumoren

auf Chemotherapie erlaubt dennoch bei etwa 75 Prozent der Patienten eine vollständige Heilung zusammen mit entsprechend radikaler Resektion. Ob die Transplantation bei nicht-operablen Tumoren eine Therapieoption darstellt, kann aufgrund der geringen publizierten Fallzahlen nicht eindeutig beantwortet werden. Ein Nichtansprechen auf Chemotherapie gilt allerdings als Kontraindikation für eine Transplantation.

Cholangiozelluläres Karzinom (CCC)

Die Ergebnisse nach Lebertransplantation bei Cholangiozellulärem Karzinom sind im Vergleich zum HCC deutlich schlechter mit einem durchschnittlichen 3-Jahres-Überleben von etwa 36 Prozent, so dass das CCC in den meisten Zentren als Kontraindikation zur Lebertransplantation gilt. Grund dafür ist das fortgeschrittene Tumorstadium zum Zeitpunkt der Diagnose mit frühzeitig nachweisbarer lokaler Infiltration und Metastasierung entlang der Pfortader, von Nerven und Lymphbahnen. Das 5-Jahres-Überleben wird nach Resektion zwischen 14 und 42 Prozent angegeben und gilt derzeit als einzige Therapieoption. Eine zusätzliche Kombination mit Chemo-Radiotherapie konnte bisher keinen Effekt auf das Patientenüberleben zeigen.

Das Risiko für die Entwicklung eines CCC bei primär sklerosierender Cholangitis (PSC) nimmt mit Dauer der Erkrankung deutlich zu und beträgt zwischen 5 und 23 Prozent. Aufgrund der deutlich schlechteren Prognose nach Transplantation bei bereits nachweisbarem CCC wird von den

meisten Zentren eine frühzeitige Transplantation angestrebt.

Zusammenfassung

Die Transplantation als Therapie maligner Tumoren der Leber und Gallenwege bleibt ein kontroverses Thema. Die steigenden Wartezeiten für eine Transplantation aufgrund limitierter Spenderorgane zwingt zu einer genauen Empfängerselektion. Unter diesem Gesichtspunkt müssen die Ergebnisse für eine Transplantation bei bösartigen Lebererkrankungen gleich oder zumindest nahe denen von Patienten mit nicht-bösartigen Erkrankungen der Leber sein. Nach derzeitiger Datenlage ist die Lebertransplantation für Patienten mit kleinem HCC bei Leberzirrhose, chemosensitivem nicht-resektablen Hepatoblastom und selektionierten Patienten mit Metastasen eines neuroendokrinen Tumors eine gute Therapieoption. Das fortgeschrittene HCC und die cholangiozellulären Tumoren stellen keine Indikation zur Lebertransplantation dar.

*Prof. Dr. med. Wolfgang Steurer
Klinik für Allgemeine, Viszeral-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen*

1 Anmerkung der Redaktion: Seit 2. Januar 2006 können für HCC-Patienten in allen Eurotransplant-Ländern außer Deutschland Ausnahmen von den Standard-Allokationskriterien für T2-Dringlichkeit beantragt werden, siehe: Eurotransplant Newsletter 204 (Jan. 2006).

Modifiziertes Virus zur Bekämpfung von Leberkrebs?

Ein neuer Therapieansatz zur Bekämpfung von Leberkrebs wird von einem Team um Oliver Ebert am Klinikum rechts der Isar in München erforscht¹. Dabei wird das Virus einer Tierseuche, der vesikulären Stomatitis, eingesetzt, das gezielt die Tumorzellen befällt, das gesunde Gewebe aber verschont. Im Tierversuch ist der Nachweis bereits erbracht und der Leberkrebs zurückgedrängt oder sogar geheilt worden. Beim Menschen löst das Virus grippeähnliche Symptome aus. Der Erreger soll „umprogrammiert“ werden, um noch spezifischer Leberkrebszellen zu zerstören. In etwa drei Jahren könnte die Forschung so weit fortgeschritten sein, dass eine klinische Studie am Menschen unternommen werden könnte. Langfristig hofft man, dass das Virus sich so verändern lässt, dass es eine Immunantwort gegen Krebszellen im menschlichen Körper auslöst.

Ulrich R. W. Thumm

¹ Financial Times Deutschland, 15.02.2006

Gallenwegskomplikationen nach Lebertransplantation

Überblick und Einleitung

Seit Beginn der Lebertransplantation sind Gallengangskomplikationen ein häufiges und leider anhaltendes Problem. Sie treten in 6 bis 15 Prozent aller konventionellen Lebertransplantationen auf und sind sowohl vom Transplantat, von der Konservierungstechnik, vom Spender und der biliären Anastomose (Verbindung zwischen Gallengängen) abhängig. Die häufigsten biliären Komplikationen sind zum einen die Leckage (Undichtigkeit) und zum anderen die Stenose (Engstelle)¹. Die therapeutischen Ziele sind entweder die Leckage abzudichten oder die Stenose aufzu dehnen. Beides gelingt in den meisten Fällen über einen endoskopischen Zugang. In seltenen Fällen erfolgt die Therapie über einen perkutanen interventionellen Weg, und nur in Ausnahmen ist eine chirurgische Korrektur erforderlich.

Beide Komplikationen sind häufiger nach Teil-Lebertransplantationen oder nach Leber-Lebendspende im Vergleich zu einer konventionellen Lebertransplantation zu beobachten. Die Häufigkeit von biliären Komplikationen insgesamt variiert zwischen sechs und 15 Prozent aller konventionellen Transplantationen. Die Qualität des Transplantates, die Art der Transplantation, die Konservierungstechnik, chirurgisch-technische Aspekte und die biliäre Anastomose sind mögliche Faktoren, die das Auftreten biliärer Komplikationen beeinflussen. In Abhängigkeit vom zeitlichen Auftreten spricht man von einer frühen und einer späten biliären Komplikation, wobei ca. 2/3 aller biliären Komplikationen früh, d.h. innerhalb der ersten drei Monate nach Transplantation, auftreten. Gleichzeitig haben diese Komplikationen einen signifikanten Einfluss auf die Morbidität und Mortalität.

Die Diagnostik und die Therapie von biliären Komplikationen nach Lebertransplantation sind ein hervorragendes Beispiel für die Notwendigkeit einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Chirurgie, Hepatologie, Endoskopie und Radiologie. Nur die reibungslose Kooperation in einem kompetenten Zentrum gewährleistet eine schnelle und zielge-

richtete Diagnostik und optimale Therapie.

Leckagen

Die Häufigkeit der Leckagen nach konventioneller Transplantation wird zwischen vier und sechs Prozent beschrieben. Diese treten typischerweise früh nach der Operation auf und weisen eine deutliche Häufung in den Fällen auf, in denen noch eine T-Drainage (dünner T-förmiger Kunststoffschlauch, der den Gallengang schient und die Galle auch partiell nach außen ableitet) verwendet wird. Die Undichtigkeit entsteht an der Stelle, an der die T-Drainage eingelegt wird bzw. persistiert an der Stelle nach Entfernung der T-Drainage. Nicht zuletzt aufgrund dieser Problematik wird die Notwendigkeit einer T-Drainage weiterhin kontrovers diskutiert. Allerdings kann die Leckage auch an der Stelle der Verbindung des Spender- und Empfängergallengangs auftreten, also an der so genannten Anastomose. In diesen Fällen ist die Leckage dann Folge einer chirurgisch-technischen Komplikation oder sie ist durch eine unzureichende Blutversorgung verursacht.

Man sollte in der postoperativen Phase bei einem Patienten an eine Gallengangsleckage denken, wenn es zu nicht erklärbarem Fieber oder zu Schmerzen im rechten Oberbauch kommt. Erhärtet wird der Verdacht durch eine im Ultraschall nachweisbare Flüssigkeitsansammlung. Dieses sogenannte Biliom (Galleansammlung außerhalb der Gallenwege), welches aber nicht immer bei einer vorhandenen Leckage nachweisbar sein muss, kann auch zusätzlich durch eine Kompression der Gallenwege die Ursache einer Abflussstörung aus dem Gallengangsbereich sein. Dies hat dann einen Anstieg der Leberfunktionsparameter und auch einen Ikterus (Gelbsucht) zur Folge.

Die Verdachtsdiagnose einer biliären Leckage kann relativ einfach bestätigt werden. Wie erwähnt ist die Ultraschallunter-



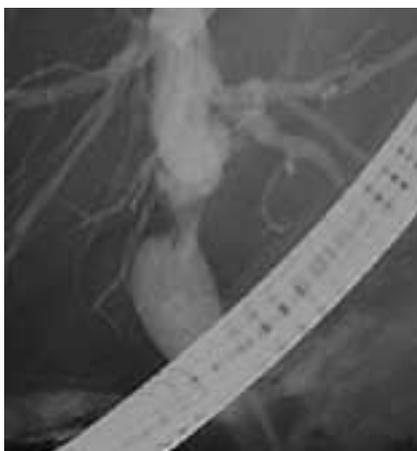
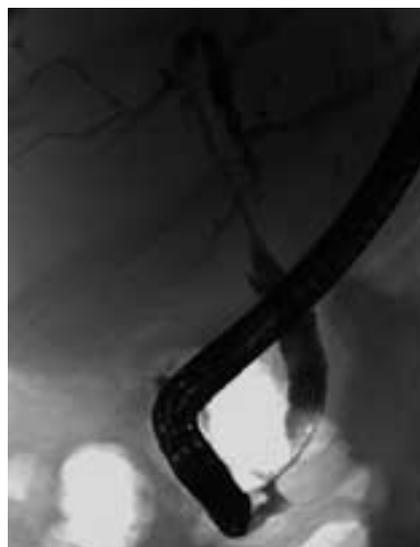
PD Dr. med. Peter Sauer

suchung der erste Schritt, eine Computertomographie oder eine Kernspintomographie liefern ebenfalls wichtige Informationen. Die sicherste Diagnose gelingt aber durch eine direkte Darstellung der Gallenwege über den endoskopischen Weg, der dann auch gleichzeitig therapeutisch genutzt werden kann.

Die Therapie der Leckage hängt unter anderem von der Größe und Lokalisation der undichten Stelle ab. Liegt lediglich eine kleinere Leckage nach Entfernung einer T-Drainage oder der Anastomose vor, so kann man in einzelnen Fällen abwarten, ob sich die undichte Stelle spontan verschließt. In den meisten Fällen wird das Problem aber über einen endoskopischen Zugang gelöst, indem vorübergehend eine Kunststoff-Endoprothese in den Gallengang eingebracht wird, der die undichte Stelle überbrückt und nach wenigen Wochen entfernt wird. Diese Methode ist in über 95 Prozent der Fälle erfolgreich. In den wenigen Fällen, in denen die Leckage durch eine arterielle Minderversorgung des Gewebes verursacht ist und dann häufig ein größeres Ausmaß hat, kann zwar ein endoskopischer Versuch unternommen werden, dennoch ist in dieser Situation meist eine chirurgische Revision notwendig. Operativ kann dann z.B. eine End-zu-End-Anastomose in eine so genannte bilio-digestive Anastomose umgewandelt werden. In ganz seltenen Fällen ist sogar aufgrund dieser Problematik eine Retransplantation erforderlich.

Stenosen

Engstellungen im Bereich des Gallengangsystems mit der Folge des eingeschränkten Abflusses der Galle aus der Leber werden in zwei bis 14 Prozent aller konventionellen Transplantationen beschrieben. Sie treten typischerweise innerhalb von zwei bis sechs Monaten nach Transplantation auf und können die größeren Gallenwege außerhalb der Leber, die kleinen

Abb. 1:**Abb. 2:****Abb. 3:**

Fotos: privat

Gallenwege in der Leber oder alle gemeinsam betreffen. Stenosen der größeren extrahepatischen Gallengänge treten entweder an der Gallenganganastomose, also der Verbindungsstelle zwischen Spendergallengang und Empfängergallengang, auf oder sind im Bereich des Spendergallengangs lokalisiert. Die Ursache der kurzstreckigen Anastomosenstenose ist meist technischer Natur als Folge der Operation, kann aber auch durch eine arterielle Minderversorgung bedingt sein. Stenosen, die überwiegend den Spendergallengang betreffen und meist langstreckig sind, werden häufiger durch eine arterielle Minderversorgung verursacht. Die Stenosen, die im Aufzweigungsbereich der Gallenwege in der Leber auftreten, sowie die multiplen Stenosen, die eine Vielzahl der intrahepatischen kleineren Gallenwege betreffen, können unter anderem durch eine arterielle Minderversorgung, durch eine lange kalte Ischämiezeit, durch die Transplantation eines ABO-inkompatiblen Organs oder durch eine chronische Abstoßungsreaktion verursacht werden. Eine weitere mögliche Ursache für die multiplen intrahepatischen Stenosen scheint in der Art der Konservierungslösung und der Technik der Perfusion (Durchströmung) des Transplantats zu liegen.

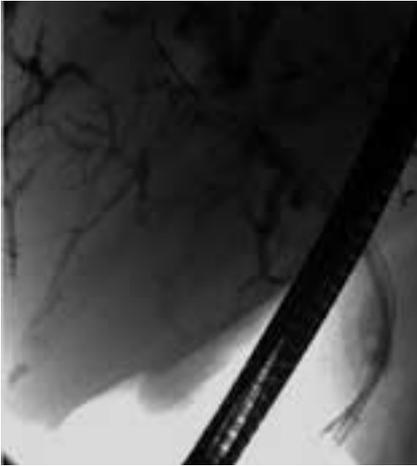
Bei allen Patienten nach Transplantation, die eine Gelbsucht entwickeln oder eine typische Veränderung der Laborparameter aufweisen (Anstieg der Alkalischen Phosphatase, der Gamma-GT oder des Bilirubins), muss eine Stenose der Gallenwege ausgeschlossen werden. In wenigen Fällen präsentieren sich die Patienten schon mit einer Cholangitis, das heißt mit einer zusätzlichen Infektion der Gallenwe-

ge. Neben den oben genannten Symptomen sind bei diesen Patienten zusätzlich Schmerzen im rechten Oberbauch, möglicherweise eine erhöhte Temperatur und ein Anstieg der weißen Blutkörperchen (Leukozytose) zu beobachten. Weiterhin können sich oberhalb einer Stenose eingedicktes Gallenmaterial oder kleinere Konkrementen (feste Bestandteile) ansammeln, die das Problem und auch die klinische Symptomatik verstärken. Bei Verdacht kann man durch eine einfache Ultraschalluntersuchung einen Aufstau der intra- oder extrahepatischen Gallenwege erkennen. Man muss allerdings betonen, dass das Fehlen dieser Aufweitung der Gallenwege eine Stenose der Gallenwege beim transplantierten Patienten nicht unbedingt ausschließt. Wenn man gleichzeitig den Verdacht hat, dass eine arterielle Minderperfusion Ursache dieses Gallenwegsproblems sein könnte, kann durch eine spezielle Technik während der Ultraschalluntersuchung (Doppler-Duplex-Sonographie) gleichzeitig die Funktion der arteriellen Versorgung des Transplantats geprüft werden. Auch wenn in den meisten Fällen noch eine weitere Bildgebung durch Computertomographie oder Kernspintomographie angeschlossen wird, ist die direkte Cholangiographie bei Verdacht auf eine Stenose erforderlich. Bei der meist vorliegenden konventionellen End-zu-End-Anastomose erfolgt dies über den endoskopischen Weg. In den Fällen einer biliodigestiven Anastomose gelingt dies über einen perkutanen transhepatischen Zugang mittels einer Punktion. Die Stenosen, die an der Anastomose oder am Spendergallengang auftreten, können in den meisten Fällen endoskopisch the-

rapiert werden. Das Ziel der endoskopischen Therapie ist hierbei die Dilatation, d.h. die Aufdehnung der Engstelle. Technisch wird dies mit einem Ballonkatheter erreicht, der über das Endoskop und einen Führungsdraht in den Gallengang eingebracht wird. Da die alleinige Dilatation mit dem Ballonkatheter häufig nicht zu einem zufrieden stellenden Ergebnis führt, ist es in den meisten Fällen notwendig, durch das Einbringen von ein oder mehreren Kunststoffendoprothesen die Engstelle zu überbrücken. Die Endoprothesen müssen dann in regelmäßigen Abständen gewechselt werden, da sie nach wenigen Wochen verstopfen können und somit die Gefahr einer bakteriellen Infektion besteht.

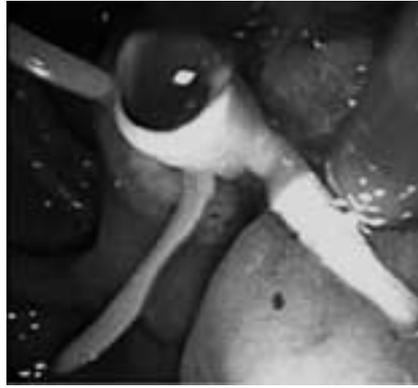
In **Abb. 1** ist bei einem Patienten, der aufgrund einer Hepatitis C transplantiert wurde, drei Monate nach Operation eine Stenose der Anastomose zu erkennen. Nach mehrfacher endoskopischer Behandlung ist das Ergebnis in **Abb. 2** zu sehen. Es liegt zwar immer noch eine relative Enge vor, diese ist aber funktionell nicht mehr von Bedeutung, da der Patient keine Beschwerden hat und die Laborparameter unauffällig sind. **Abb. 3** zeigt die Situation einer Patientin sechs Wochen nach Transplantation aufgrund eines Morbus Wilson (Kupfer-Speicher-Erkrankung). Hier ist eine langstreckige Stenose des Spendergallengangs zu erkennen. Nach Ballondilatation wurden zwei Endoprothesen in den Gallengang eingebracht (**Abb. 4**). Diese werden über den endoskopischen Weg regelmäßig gewechselt. In **Abb. 5** ist der endoskopische Blick auf die erste (links) und beide (rechts) aus der Papille in das Duodenum (Zwölffingerdarm) ragenden Endoprothesen zu sehen.

Abb. 4:



Die Erfolgsquote der endoskopischen Therapie der Anastomosenstenosen liegt bei ca. 80 bis 90 Prozent. Für die Stenosen, die den Spendergallengang mit einbeziehen, ist die endoskopische Erfolgsrate etwas geringer. In den Fällen, in denen ein endoskopischer Zugang nicht gelingt oder technisch nicht möglich ist, kann über einen perkutanen, transhepatischen Weg die Engstelle ebenfalls dilatiert werden oder auch vorübergehend mit einer Drainage überbrückt werden. Falls weder die endoskopische noch die radiologische interventionelle Therapie erfolgreich ist, bleibt die

Abb. 5a:



chirurgische Revision und Korrektur der Stenose. Im Gegensatz zu den Stenosen der größeren Gallenwege ist die Therapie der diffusen intrahepatischen Gallenwegsveränderungen sehr viel schwieriger. Glücklicherweise treten diese Komplikationen sehr selten auf, denn in den meisten Fällen ist hier weder die endoskopische noch die radiologisch interventionelle Therapie erfolgreich. Falls ein arterielles Problem die Ursache der Gallenwegsveränderungen ist, kann man versuchen, dieses Problem interventionell oder chirurgisch zu behe-

Abb. 5b:



ben, in den meisten Fällen ist aber mittel- oder langfristig eine erneute Transplantation notwendig.

PD Dr. med. Peter Sauer
Sektionsleiter Lebertransplantation
Innere Medizin
Med. Univ. Klinik Heidelberg

1 Seltener Komplikationen sind Gallensteine oder eingedickte Galle, die ebenfalls den Abfluss behindert, sowie biliäre Abszesse oder funktionelle Störungen des Gallengangsystems.

Foto: privat

Diese Broschüre können Sie am einfachsten im Internet bestellen oder herunterladen: www.cellcept.de. Zunächst „Für Patienten“ anwählen, dann auf „Service“ klicken. Sie kann aber auch telefonisch bestellt werden: 076 24 - 14 32 31.



Leberbiopsie vor Lebertransplantation – warum eigentlich?

Die Leberbiopsie ist eine in der Diagnose chronischer und (seltener) akuter Lebererkrankungen eingesetzte Untersuchung. Sie wird in der Regel durch Ultraschall oder mittels Computertomographie gesteuert durchgeführt. Sie ist aufwändiger und auch eingreifender als z.B. Blutuntersuchungen, liefert aber wichtige Informationen, die für die weitere Behandlung erforderlich sein und durch andere Maßnahmen nicht verlässlich gewonnen werden können.

Was wird bei einer Leberbiopsie entnommen und was passiert mit dem Gewebe?

Bei der Leberbiopsie wird mittels einer Hohlnadel ein schmaler, meist 1,2 bis 1,8 mm breiter und 3–4 cm langer Stanzzylinder aus der Leber entnommen. Das dabei gewonnene Gewebe entspricht weniger als 1/50.000 des gesamten Lebergewebes; trotzdem können an ihm wichtige Ergebnisse gewonnen werden, die für die weitere Behandlung entscheidend werden. Um diese Untersuchungen überhaupt zu ermöglichen, wird das Biopsiegewebe erst einmal haltbar gemacht (fixiert) und an die Pathologie übersandt. Diese übernimmt die weitere Bearbeitung, bettet das Gewebe in Paraffinwachs ein (hierdurch steht

es auch viele Jahre für weitere Untersuchungen zur Verfügung) und fertigt hiervon hauchdünne Schnittpräparate an, die verschiedenen Spezialfärbungen unterzogen (Abb.1) und dann sorgfältig von Spezialisten mikroskopisch untersucht werden (Abb.2 und 3). Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung wird mit den behandelnden Ärzten besprochen und fließt in das weitere Vorgehen ein.

Welche wichtigen Informationen lassen sich aus einer Leberbiopsie vor Transplantation gewinnen?

Ursache der

Lebererkrankung

Meist ist die Ursache der chronischen Leberschädigung, die eine Lebertransplantation erforderlich macht, aufgrund der klinischen Untersuchungen bekannt. In fast einem Viertel aller Fälle trifft dies jedoch nicht oder nur



Prof. Dr. P. Schirmacher



Dr. T. Longerich

teilweise zu. Hier kann die Leberbiopsie entscheidend helfen. Bei einem weiteren Teil der zur Transplantation anstehenden Fälle besteht eine zusätzliche, das Fortschreiten der Erkrankung beschleunigende Schädigung, die vor der Biopsie unbekannt war. Auch bei den selteneren, schweren akuten Lebererkrankungen, die zu einer dringlichen Transplantation anstehen, kann die Biopsie wertvolle Hilfen bei der Ursachenfindung geben.

Ausmaß der Lebererkrankung

Meist liegt ein kompletter bindegewebiger Umbau (Zirrhose) der Leber vor. In einem kleineren Anteil der Fälle (nicht-zirrhotische Pfortaderhochdruck-Erkrankungen) trifft dies aber nicht zu; die meisten dieser

Fälle können nur durch eine Leberbiopsie aufgedeckt oder gesichert werden und erfordern auch eine andere Behandlung. Bei schweren akuten Lebererkrankungen hilft die Biopsie abzuschätzen, ob die Regenerationsfähigkeit der Leber den Schaden selbständig wieder beheben kann oder ob eine Transplantation dringend erforderlich ist.

Ursache von umschriebenen Herdbefunden

Wenn sich bei den Untersuchungen vor Transplantation der Verdacht auf einen Herdbefund ergibt, ist es sinnvoll, diesen auch gezielt durch Biopsie abzuklären. Es stellt sich die Frage, was diesem Herd zugrunde liegt und ob die Veränderung gutartig oder bösartig ist. Je nach Ergebnis ist eventuell eine gezielte Therapie (z.B. Verödungsbehandlung) oder auch eine veränderte Einschätzung der Transplantationssituation die Folge.



Abb. 1: Von einer Leberbiopsie werden zahlreiche Stufenschnitte gewonnen. Diese werden mit Spezialverfahren gefärbt und sorgfältig untersucht.

Anmerkung der Redaktion:

Die Abbildungen können hier nur schwarz-weiß wiedergegeben werden, wodurch manche Kontraste nur schwer erkennbar sind.

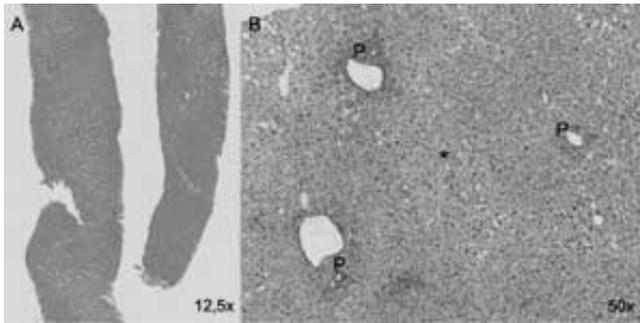


Abb. 2: (A) Übersichtsbild eines Leberstanzzyllinders. (B) Feingeweblicher Aufbau der Leber. In den Portalfeldern (P) verlaufen eingebettet in Bindegewebe meistens ein Gallengang, eine portale Vene sowie eine Arterie. Von hier gelangt das Blut in das Leberläppchen, wo zahlreiche Stoffwechselforgänge stattfinden, ehe das Blut schließlich über die Zentralvene (*) gesammelt wird und die Leber Richtung Herz verlässt.

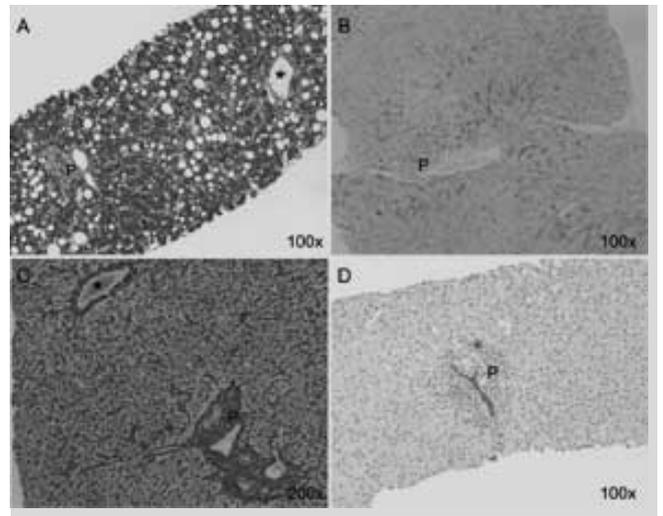


Abb. 3: (A) Die PAS-Reaktion ist u.a. hilfreich bei der Beurteilung der Gallengänge und von Fetteinlagerungen in Leberzellen (optisch leere Vakuolen). (B) Mittels der Berliner Blau-Färbung lassen sich eisenspeichernde Zellen (blau) darstellen. (C) Die Gomori-Färbung stellt Bindegewebsfasern orangebraun dar und hilft bei der Beurteilung des Fibrosegrades und von Lebertumoren. (D) Immunhistologische Zusatzuntersuchungen können selektiv Gallengänge (rot) anfärben. Sie haben u.a. einen wichtigen Stellenwert für die Beurteilung von chronischen Gallenwegserkrankungen.

Warum ist es wichtig, diese Informationen zu gewinnen?

Das Biopsieergebnis ist von erheblicher Bedeutung für das Vorgehen vor und nach der Transplantation. Vor der Transplantation wird oft eine gezielte Behandlung die Folge sein. So kann zum Beispiel die Eisenspeichererkrankung, die häufigste angeborene Leberkrankheit, gezielt durch Aderlass behandelt werden; seltenere chronische Lebererkrankungen mit Pfortaderhochdruck jedoch ohne Zirrhose (Lebervenenverschlusskrankheiten, Diffuse Noduläre Hyperplasie) können durch Stenteinlage sinnvoll therapiert werden. Bösartige Tumorherde können gezielt verödet werden, was die Chance verbessert, bis

zur Transplantation und auch danach zu überleben. In jedem dieser Fälle wird das Fortschreiten der Lebererkrankung verzögert oder aufgehalten und in einzelnen Fällen kann durch die Behandlung die Transplantation sogar überflüssig werden. Aber auch nach der Transplantation hilft das Biopsieergebnis in der Behandlung. Eine Reihe von Erkrankungen, die eine Lebertransplantation erforderlich machen, können nach der Transplantation die neue Leber erneut befallen (Tab. 1).¹

Das Wissen um diese Erkrankung kann eine entsprechende Vorsorge oder bei Wiederauftreten auch eine schnellere gezielte Behandlung ermöglichen. Eine Reihe von Erkrankungen können auch andere Orga-

ne (z.B. Herz, Lunge) schädigen, was besondere Aufmerksamkeit und gegebenenfalls Behandlung erfordert.

Diese Erfahrungen zeigen eindeutig, dass mit der Leberbiopsie nicht erst nach der Transplantation, sondern bereits vorher Informationen gewonnen werden können, die für die Behandlung von wesentlicher Bedeutung sind. Die aus den Biopsien gewonnenen Erkenntnisse haben uns in den letzten Jahren und Jahrzehnten entscheidende Fortschritte im Verständnis und der Therapie transplantationswürdiger Erkrankungen ermöglicht. Die Leberbiopsie war und ist daher eine wichtige und in vielen Fällen unverzichtbare diagnostische Maßnahme auch schon vor der Lebertransplantation.

Tabelle 1: Komplikationen nach Lebertransplantation

Komplikation	Häufigkeit	Zeitfenster
Hepatitis-B-Virus (HBV)-Reinfektion	< 10 %	30–180 Tage
Hepatitis-C-Virus (HCV)-Reinfektion	> 90 %	60–120 Tage
Primär Biliäre Zirrhose (PBC)-Rezidiv	< 50 %	1–10 Jahre
Primär Sklerosierende Cholangitis (PSC)-Rezidiv	5–20 %	1–2 Jahre
Alkoholische Steatohepatitis (ASH)-Rezidiv	10–30 % (verhaltensabhängig)	?
Nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH)-Rezidiv	evtl. > 40 %	?
Leberzellkarzinom (HCC)-Rezidiv	30–50 %	< 2 (5) Jahre

Dr. T. Longerich
Prof. Dr. P. Schirmacher
Pathologisches Institut der Universitätsklinik
Heidelberg

¹ Siehe dazu auch den Artikel von Rosenau et al. „Risiko der Hepatitis-B-Reaktivierung nach Lebertransplantation“ in diesem Heft.

Die folgende Zusammenfassung einer Langfristuntersuchung über das Verhalten von Nierentransplantaten ist eine Ergänzung sowohl zu dem vorangehenden Artikel als auch zu einem Artikel von Professor Ulrich Frei über das Eurotransplant-Senior-Programm für Nieren in Heft 2/2004 der „Lebenslinien“. Das Eurotransplant-Senior-Programm wurde im vergangenen Jahr auch auf Lebertransplantation ausgedehnt, so dass das Folgende zukünftig von noch größerer Relevanz ist auch für Leberpatienten.

Die Redaktion

Langzeit-Überleben von Nierentransplantaten und Biopsie

Ein Forscherteam von verschiedenen Kliniken und Forschungsinstituten in Italien unter der Leitung von Giuseppe Remuzzi in Bergamo hat die Frage untersucht, inwieweit die – mit Hilfe von Biopsie ermittelte – Kenntnis der histologischen Besonderheiten von Nieren alter (über 60-jähriger) Spender und eine daraus abgeleitete differenzierte Vorgehensweise beim Transplantationsprozess das Transplantatüberleben beeinflusst.¹

Ergebnis und Schlussfolgerung der Untersuchung

Das Überleben von Nieren von über 60-jährigen Spendern ist ausgezeichnet, sofern die Transplantate vor der Transplantation histologisch untersucht wurden. Somit können gezielte histologische Untersuchungen von mittels Biopsie gewonnener Gewebeproben der Spenderorgane einen entscheidenden Beitrag zur Erweiterung des Spenderpotenzials leisten. Mutatis mutandis sollte dies auch für Lebern alter Spender gelten.²

Untersuchungsmethode

In einer Prospektivstudie wurde das Transplantationsergebnis (Transplantatüberleben) bei 62 Nierentransplantationspatienten untersucht, die ihre (histologisch untersuchten) Transplantate von über

60-jährigen Spendern bekommen hatten (Gruppe 1). Die Ergebnisse wurden kontrastiert mit denen von 248 ausgewählten Patienten, die nicht histologisch untersuchte Transplantate erhalten hatten. Von den Vergleichspatienten hatte die Hälfte Organe erhalten von Spendern, die bis zu 60 Jahren alt waren; die Organe waren aufgrund der vorhandenen Daten positiv bewertet worden, so dass optimales Transplantatverhalten erwartet wurde (Gruppe 2 A). Die andere Hälfte der Vergleichspatienten hatte Organe von über 60-jährigen Spendern erhalten mit geminderten Erwartungen hinsichtlich des Transplantatverhaltens (Gruppe 2 B). Der Beobachtungszeitraum betrug im Mittel (Median) 23 Monate. Das Transplantatverhalten war nicht signifikant verschieden zwischen Gruppe 1 und 2 A; das der negativ beurteilten Organe (Gruppe 2 B) war aber signifikant schlechter. Während des Untersuchungszeitraums verschlechterte sich die Situation (bis hin zur Dialyse) von vier Patienten (6 Prozent) der Gruppe 1 im Vergleich zu sieben Patienten (ebenefalls 6 Prozent) der Gruppe 2 A; bei Gruppe 2 B trat die Verschlechterung bei 29 Patienten (23 Prozent) ein. Die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen der Biopsie-basierten Gewebeproben werden aufgrund einer interna-

tional üblichen Skala (von 0 = bestens bis 12 = schlechtest) klassifiziert und erlauben eine optimale Vorgehensweise bei der Transplantation. Eine Klassifizierung unter 3 deutet auf ein adäquates Organ hin, das gutes Überleben erwarten lässt; bei 7 und weniger muss das Spenderorgan zurückgewiesen werden. Im mittleren Bereich von 4 bis 6 empfiehlt sich eine Verwendung des Spenderorgans als Dualtransplantat. Eine Biopsie des Spenderorgans liefert also Information, die kritisch für Vorgehensweise und Ergebnis der Transplantation sein kann.

Ulrich R. W. Thumm

¹ Borislav D. Dimitrov et al.: Long-Term Outcome of Renal Transplantation from Older Patients, *N Engl J Med* 354:4, January 26, 2006, pp. 343–353

² Bei der Transplantation älterer Organe wird anscheinend weniger auf ideale Gewebeübereinstimmung zwischen Spender und Empfänger geachtet, sondern auf kurze Vermittlungszeit und somit kurze Ischämiezeit zur Vermeidung von Konservierungsschäden an älteren Organen. „Die schnelle Transplantation des älteren Empfängers ist die Grundlage für eine gute Organfunktion auch bei älteren Organen.“ Prof. Dr. Werner Lauchart, Geschäftsführender Arzt der DSO Baden-Württemberg, *Südkurier*, 27. Februar 2006.

Monitoring nach Lebertransplantation auf einer Intensivstation

Unter Monitoring versteht man allgemein das Überwachen eines Vorgangs oder Prozesses mittels eines technischen Hilfsmittels oder anderer Beobachtungssysteme. Ein Monitoringsystem

ermöglicht Interventionen in die betreffenden Prozesse, sofern sich abzeichnet, dass der Prozess nicht den gewünschten Verlauf nimmt.

Mögliche **Komplikationen** müssen nach einer Lebertransplantation frühzeitig erkannt werden. Neben einem professionellen und auf Standards ausgerichteten Team ist ein kontinuierliches Monitoring unab-

dingbar. Speziell ausgebildetes Pflegepersonal überwacht die Patienten und bespricht sich fortlaufend mit dem Ärzteteam. Das Pflegepersonal übernimmt die permanente Überwachung und Aufzeichnung der gemessenen Parameter und ist somit das wichtigste „Monitorsystem“.

Die Transplantationsstation betreut den Patienten in der Phase der Vorbereitung zur Transplantation und die ersten Tage danach, da die Gefahr einer eventuellen Komplikation dann am größten ist. Die Intensiv- und IMC-Stationen der Heidelberger Universitätsklinik sind an jedem Patientenplatz mit einem Monitor ausgestattet. Alle Monitore der Station sind mit einem zentralen Monitor verbunden, auf dem alle Patientendaten auf einen Blick zu erkennen sind.

Der **Blutdruck** ist ein Parameter, der anfangs kontinuierlich über einen Zugang in der Arterie (arterielle Verweilkanüle) gemessen wird. Parallel dazu pumpt sich eine Blutdruckmanschette halbstündlich bis stündlich automatisch auf. Alle Messergebnisse sind sofort auf dem Bildschirm sichtbar. Ein erhöhter Blutdruck könnte ein Zeichen für eine Abstoßung des Organs sein oder z.B. eine Blutung auslösen. Ein zu niedriger Blutdruck würde eventuell eine Minderdurchblutung des transplantierten Organs mit sich ziehen können. Mit der Beurteilung von der Norm abweichender Messergebnisse wird auch sofort eine entsprechende Therapie eingeleitet.

Die **Herzfrequenz** wird kontinuierlich gemessen. Zur Messung befinden sich drei EKG-Elektroden auf dem Brustkorb. Etwaige Unregelmäßigkeiten des Herzschlags (Arrhythmie) werden sofort erkannt. Unregelmäßigkeiten können unter anderem durch Elektrolytverschiebungen (z.B. Kalium) entstehen, welche dem Patienten dann sofort wieder zugeführt werden müssten. Mit einem kleinen Fühler am Finger wird die Sauerstoffsättigung überwacht. Die Sauerstoffsättigung zeigt an, wie viel Sauerstoff im Blut ist. Ist der gemessene Wert zu niedrig, wird dem Patienten Sauerstoff zugeführt, und es werden intensive atemtherapeutische Übungen eingeleitet.

Die **Körpertemperatur** wird über ein Ohrthermometer – oder mittels einer kleinen Sonde im Blasenkatheter (transurethral) gemessen. Fieber könnte ein erster Anhalt für eine Abstoßung oder der Beginn einer Bakterien-, Virus- oder Pilzinfektion sein. Neben der Temperaturkontrolle werden

die weißen Blutkörperchen (Leukozyten) und andere Entzündungsparameter bestimmt, da die Immunsuppression das Infektionsrisiko erhöht.

Über einen Zugang in der Arterie wird regelmäßig **Blut** abgenommen. Der **Sauerstoffgehalt** des Blutes, die **Elektrolyte** (Kalium, Calcium, ...), die **Leberwerte** (GOT, GPT, Gamma-GT, AP, Bilirubin), die **Gerinnung** (z.B. Quick) und viele andere Parameter werden gemessen. Ziel ist es, Normabweichungen frühzeitig zu erkennen und dann auszugleichen. Eine schlechte Blutgerinnung könnte eine Blutung hervorrufen. Der Quick-Wert gibt neben anderen Werten Auskunft über die Funktionsfähigkeit der Leber. Steigende Leberwerte könnten ein Anhalt für eine Abstoßung sein und werden deshalb sehr regelmäßig gemessen. Der **Blutzuckerspiegel** kann erhöht sein. Die regelmäßigen Einnahmen von Glukokortikoiden wie Urbason zählen zu den häufigen Ursachen. Mit Insulingaben wird hohen Blutzuckerwerten entgegengesteuert. Ein zu hoher Blutzucker birgt ein erhöhtes Risiko für weitere Komplikationen. Diesem muss mit einem strikten Blutzuckerregime entgegen gewirkt werden, um den Aufenthalt zu verkürzen und die Prognose zu verbessern.

Ein Zentraler Venenkatheter (ZVK) erleichtert das **Verabreichen von Medikamenten** und Flüssigkeit. Über den ZVK wird der Zentrale Venendruck (ZVD) bestimmt. Der zentrale Venendruck gibt Auskunft über den Flüssigkeitsgehalt in den Gefäßen.

Zur genauen **Urinbilanz** ist ein Katheter, welcher sich in der Blase befindet, notwendig. Stündlich wird der in einen Beutel fließende Urin gemessen. Die Nierenfunktion kann im Sinne eines so genannten Hepatorenalen Syndroms eingeschränkt sein – eine verminderte Urinausscheidung wäre ein erstes Anzeichen dafür.

Das tägliche **Wiegen**, die Beobachtung des **Hautspannungszustands**, das Erfragen des Durstgefühls ergänzen neben der Messung des ZVD und der Bilanzierung der Flüssigkeitseinfuhr und der Kontrolle der Ausscheidungen die Überwachung des so genannten Flüssigkeitsstatus.



Sandra Feldmann

Die **Wundflüssigkeit** und eventueller **Aszites** (Bauchwasser) laufen über eine Drainage im Bauch in einen kleinen Beutel ab. Das ablaufende Drainagenssekret wird ständig überwacht und ersetzt. Gallige Drainagenssekrete könnten eine Undichtigkeit der Gallengangsverbindung anzeigen. Vermehrt blutiges Sekret kann auf eine Blutung hinweisen. Engma-

tschige Kontrollen von Blutfarbstoff (Hämoglobin oder Hb-Wert) und Blutplättchen (Thrombozyten) unterstützen die Nachblutungskontrolle.

Eine tägliche **Darmentleerung** wird angestrebt. Nach einer Operation kann es zu einer Obstipation (Verstopfung) kommen. In solch einem Fall wird frühzeitig mit darmstimulierenden Maßnahmen begonnen.

Nach einer Operation auftretende **Schmerzen** sind weder sinnvoll noch müssen diese ausgehalten werden. Die eingeleitete Schmerzbehandlung wird mittels einer speziellen Beobachtung und Befragung des Patienten überprüft und angepasst.

Die **regelmäßige Einnahme der Medikamente** (z.B. Immunsuppressiva) wird durch das Pflegepersonal vorbereitet und überwacht. In der ersten Phase nach der Transplantation benötigen alle Patienten eine regelmäßige Anleitung, Beratung und Unterstützung. Medikamentenbedingte Nebenwirkungen wie z.B. Tremor (Zittern der Hände) werden dem Patienten erklärt.

Alle gemessenen und zu beobachtenden Parameter geben uns Auskunft über den Gesundheitszustand des transplantierten Patienten. Dennoch betrachten wir Sie – den Patienten – als Person und als Ganzes.

Sandra Feldmann
Universitätsklinikum Heidelberg

Individualisierte Therapie mit Calcineurininhibitoren bei Patienten nach Organtransplantation

Überwachung der Immunsuppression – Herkömmliche Vorgehensweise

Cyclosporin A (CSA) hat entscheidend zu verbesserten Transplantatüberlebenszeiten beigetragen, da es relativ selektiv die Effektorzellen der Abstoßungsreaktion, T-Lymphozyten, in ihrer Funktion hemmt. Die Stärke der Wirkung von CSA unterscheidet sich von Mensch zu Mensch erheblich, seine therapeutische Breite ist relativ gering – daraus resultieren die bekannten erheblichen Nebenwirkungen, die auf die Hemmung von Calcineurin, dem Zielmolekül von CSA, in anderen Organen zurückzuführen sind. Zu den Gründen, die die starke inter-individuelle Schwankung des Ansprechens auf CSA bedingen, gehören Unterschiede in der Resorption des wasserlöslichen CSA und/oder in seinem Abbau über das Cytochrom P450 in der Leber durch genetische Variationen oder Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln.

Da man mit CSA die gesamte T-Lymphozyten-Population des Körpers beeinträchtigt, bedeutet eine Unterdrückung der Abstoßungsreaktion gleichzeitig auch eine Hemmung dieser Zellen in ihrer Funktion, mikrobielle Krankheitserreger abzuwehren und bösartige Tumoren zu bekämpfen. Bei einem sehr starken Ansprechen des Immunsystems eines transplantierten Patienten auf CSA kann es also zu einer zu starken Immunsuppression durch das Medikament kommen, wodurch infektiöse Krankheitserreger und bösartiges Wachstum begünstigt würden. Umgekehrt kann man im Falle eines zu schwachen Ansprechens auf solche Medikamente eine Abstoßungsreaktion nicht verhindern. Es geht also darum, eine Dosis von CSA zu definieren, die einerseits eine höchstmögliche Abwehrkraft gegenüber Infektionsquellen und Krebs erhält, gleichzeitig aber auch die Abstoßungsreaktion inhibiert. Derartige Bestrebungen stehen im Zentrum der Transplantationsnachsorge, denn das Schicksal, die Lebensqualität und die Prognose eines Menschen, der ein neues Organ erhalten hat, hängen ganz wesentlich von einer optimalen immunsuppressiven Therapie ab.

Die Dosierung von CSA wird seit langem anhand des CSA-Spiegels im Plasma vorgenommen. Die Plasmakonzentration von CSA als pharmakokinetischer Parameter macht aber lediglich Aussagen über dessen Absorption, Verteilung, Metabolismus und Ausscheidung. Bezüglich seiner Wirksamkeit auf das Zielorgan, nämlich T-Lymphozyten, sagt die Plasmakonzentration jedoch praktisch nichts aus. Wie oben bereits ausgeführt: auf gleiche Plasmakonzentration von CSA reagieren verschiedene Menschen höchst unterschiedlich. CSA unterscheidet sich darin nicht von vielen anderen Medikamenten. Nur hat man im Falle der meisten anderen Medikamente Messgrößen, die deren Wirkung auf die Körperfunktionen quantitativ erfassen können. Für die immunsuppressiven Medikamente hat es bislang derartige Testsysteme nicht gegeben. Noch immer basiert die immunsuppressive Therapie auf rein empirischen Dosierungen d.h. Erfahrungswerten – diese mögen für einzelne Patienten zufälligerweise durchaus richtig sein, für andere jedoch ungünstig mit der Folge toxischer Nebenwirkungen, häufigeren Infektionen und einer höheren Anfälligkeit gegenüber der Entstehung von Krebs.

Der Wirkungsmechanismus von CSA

CSA bindet in T-Lymphozyten an das Molekül Cyclophilin. Der Komplex aus CSA und Cyclophilin hemmt die Phosphatase Calcineurin. Calcineurin aktiviert einen Transkriptionsfaktor, der in Effektor-T-Lymphozyten die Transkription einer Reihe von immunaktivierenden, abstoßungsfördernden und entzündungsauslösenden Genen induziert. Dieser Transkriptionsfaktor, genannt NFAT (Nuklearer Faktor Aktivierter T-Lymphozyten) ist damit ein sehr gutes Zielmolekül für eine immunsuppressive Therapie der Transplantatabstoßungsreaktion. Zu den Genen, die von NFAT aktiviert werden können, gehören



Prof. Dr. med. Meuer

z.B. Interleukin 2, γ -Interferon, Tumornekrosefaktor- α und GM-CSF. Die Messung der transkriptionellen Aktivität der genannten Gene ist eine direkte funktionelle Beschreibung der Aktivität von Calcineurin. Das heißt, eine Beeinflussung der Calcineurin-Aktivität, wie sie z.B. durch CSA (oder auch Tacrolimus/FK506) geschieht, ist anhand der transkriptionellen Aktivität

NFAT regulierter Gene quantitativ messbar. Dazu eignet sich eine **neue Methode, die quantitative Polymerase-Kettenreaktion (PCR)**. Diese Methodik haben wir zur Etablierung eines Tests herangezogen, mit der es nun möglich ist, die individuelle Reaktion immunkompetenter Zellen eines Patienten auf Hemmstoffe von Calcineurin (Cyclosporin A, Tacrolimus) zu erfassen und, daraus folgend, eine individuell angepasste Dosierung dieser Medikamente vorzunehmen.

Testprinzip

Der Test wird mit einem Kubikzentimeter Vollblut durchgeführt. Vor der Einnahme von CSA wird 1 ml Blut durch Venenpunktion entnommen. Um die maximale Transkriptionsleistung der Zellen des Immunsystems des einzelnen Patienten bestimmen zu können, werden die in dieser Blutprobe enthaltenen T-Lymphozyten künstlich maximal stimuliert. Danach wird die transkriptionelle Aktivität einiger NFAT regulierter Gene (s.o.) quantitativ bestimmt (100%-Wert). Im unmittelbaren Anschluss an die erste Blutentnahme nimmt der Patient/die Patientin CSA ein. Erfahrungsgemäß liegen die höchsten Plasmaspiegel von CSA zwei Stunden nach oraler Einnahme. Deswegen wird nach zwei Stunden eine weitere Blutprobe (wiederum ein Kubikzentimeter) entnommen. Diese Blutprobe enthält nun den Calcineurin-Hemmer CSA mit seiner inhibitorischen Wirkung auf die NFAT-Aktivität in den darin enthaltenen T-Lymphozyten. Werden diese jetzt stimuliert, wird die transkriptionelle Akti-

Foto: privat

vität der genannten Gene niedriger sein als es in Abwesenheit von CSA der Fall gewesen ist. Aus dem Vergleich des 0h- (100%-Wertes) und des 2h-Wertes, der praktisch immer nur eine Fraktion des 0h-Wertes ist, erhält man einen Wert, der die Stärke der Wirkung von Cyclosporin A auf die Lymphozyten des einzelnen Patienten wiedergibt.

Ergebnisse

Der beschriebene Test wurde in Heidelberg mittlerweile an mehreren hundert Patienten (Nieren-, Herz-, und Lebertransplantierte) angewendet. Er ist in einer Arbeit in der Zeitschrift „Transplantation“ im Jahr 2004 von uns beschrieben worden. Wir wissen mittlerweile, dass dieser Test sehr robust und reproduzierbar ist, d.h. die Werte einzelner Patienten sind über einen langen Zeitraum stabil.

Abbildung 1 zeigt das bereits o.g. Problem, nämlich die unterschiedliche Reaktion von Patienten auf Cyclosporin-Gabe, die man mit diesem Test erstmals exakt messen kann. Sie zeigt aber auch, dass viele der von uns untersuchten Patienten deutlich überdosiert sind. Denn bei höheren Plasmaspiegeln von CSA gibt es keine Korrelation zwischen der Genexpression/Restaktivität und der CSA-Dosis mehr. Hohe Konzentrationen von CSA bewirken also keine weitere Steigerung der Immunsuppression und sind damit auch nicht sinnvoll. Sie rufen toxische Nebenwirkungen hervor, ohne den funktionellen Grad der Immunsuppression zu verstärken. Dies ist aber nicht nötig, denn wir wissen mittlerweile, dass eine Restaktivität um 20 Prozent oder sogar etwas darüber, nicht zu einer Abstoßungsreaktion führt, also durchaus als Zielgröße für die Einstellung der CSA-Dosierung angestrebt werden kann. Da eine zu starke Wirkung von CSA, gemessen als sehr niedrige Restaktivität (z.B. < 15 Prozent) aber statistisch hochsignifikant mit einer größeren Häufigkeit von Infektionen und Tumoren korreliert, ist es sinnvoll und angebracht, die Cyclosporin-Dosierung bei Patienten mit zu starkem Ansprechen auf CSA schrittweise zu reduzieren und sie auf einen Wert um ca. 20 Prozent einzustellen.

In einer Pilotstudie haben wir kürzlich derartige Untersuchungen unternommen (Dosisreduktion von CSA), ohne bisher eine einzige Abstoßungsreaktion zu beobachten. Bemerkenswert ist, dass bei einigen Patienten eine Reduktion der Dosis um fast 50 Prozent möglich war, bei stabiler Organfunktion (Abbildung 2).

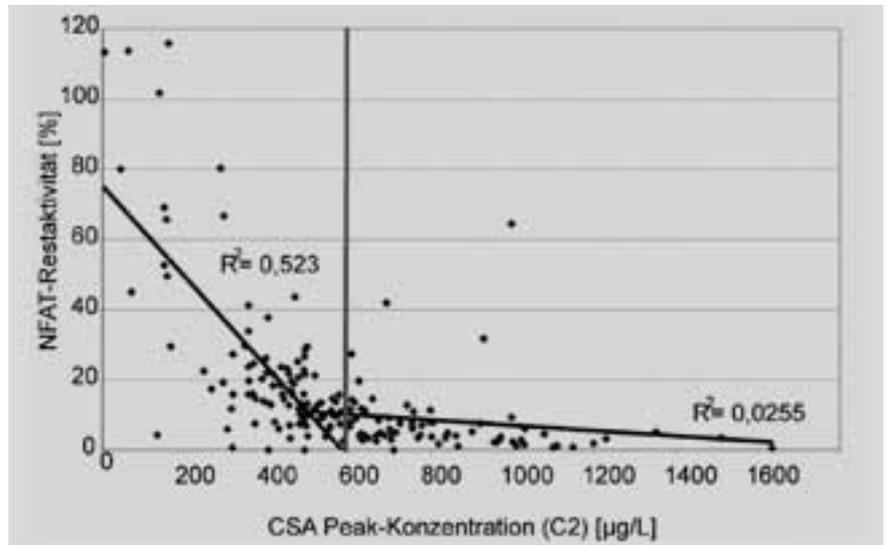


Abb. 1: Korrelation der NFAT-abhängigen Genexpression mit dem maximalen Plasmaspiegel von CsA 2 Stunden nach Medikamenteneinnahme. Bis zu einem Spiegel von ungefähr 600 µg CsA kann eine eindeutige Korrelation der Immunsuppression mit der CsA-Konzentration im Plasma beobachtet werden. Bei höheren Plasmaspiegeln ist keine weitere Steigerung der Immunsuppression zu beobachten, d.h. diese Patienten sind überdosiert und könnten bei einer niedrigeren Dosierung den gleichen Grad der Immunsuppression erzielen – dabei aber von geringeren Nebenwirkungen profitieren.

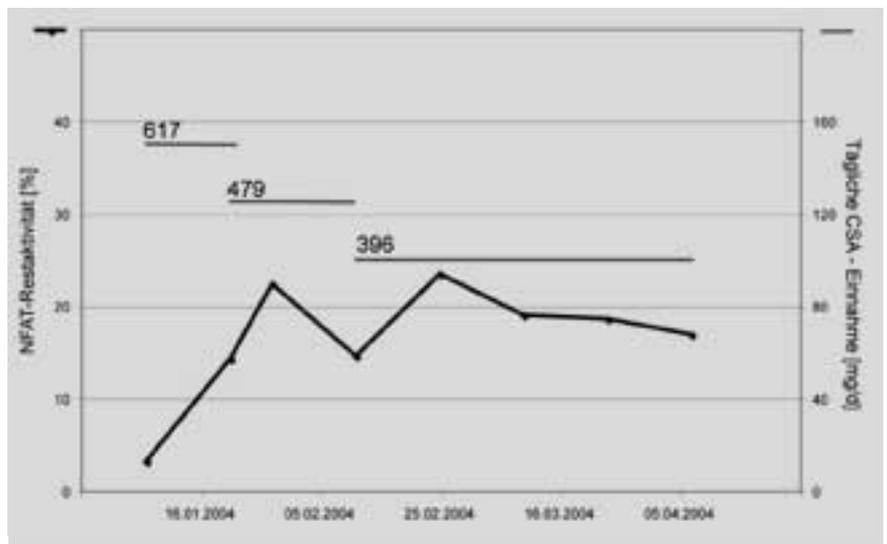


Abb. 2: Beispiel der schrittweisen Dosisreduktion von CsA bei gleich bleibendem Grad der Immunsuppression. Der Patient war ursprünglich auf eine tägliche Dosis von 150 mg/d eingestellt und zeigte eine Restaktivität der Genexpression von unter 5%. Die Dosis von CsA wurde zunächst auf 125 mg/d und später auf 100 mg/d reduziert (die Zahlen auf den waagerechten Linien zeigen den Plasmaspiegel von CsA an) wobei die Restaktivität der Genexpression auf ca. 20% anstieg, ohne dass eine Abstoßungsreaktion beobachtet wurde.

Ausblick

Der von uns entwickelte Test wurde bisher nur in Heidelberg eingesetzt. Er hat jedoch jetzt einen Grad an Robustheit und Handhabbarkeit erreicht, dass er auch anderen Zentren zur Verfügung gestellt werden kann. Wir sind davon überzeugt, dass mit dieser neuen Methode ein signifikanter Beitrag zu Lebensqualität und Langzeitprognose transplantierter Patienten, die Calcineurin-Hemmstoffe einnehmen, geleistet wird.

*Dr. med. Thomas Giese
Prof. Dr. med. Stefan Meuer
Institut für Immunologie*

*Dr. med. Claudia Sommerer
Prof. Dr. med. Martin Zeier
Sektion Nephrologie*

*Prof. Dr. med. Jan Schmidt
Chirurgische Klinik
Universität Heidelberg*

Narbenbrüche können nach jeder Form von Operationen im Bauch auftreten, die Häufigkeit beträgt nach Literaturdaten 20–30 Prozent. Nach der Transplantation von Bauchorganen treten Narbenbrüche bei 10–30 Prozent der Patienten auf. Wegen seiner beachtlichen Häufigkeit ist der Narbenbruch ein wichtiges Thema in der Rubrik „Transplantationsmedizin“. Im Heft 2/2003 brachten wir einen Patientenbericht zu diesem Thema.

Die Redaktion

Narbenbrüche nach Organtransplantation

Überblick

Unter Narbenbrüchen versteht man Lücken im Bereich der Bauchwand, die nach jeder Art von Bauchoperation entstehen können und durch die sich Bauchorgane in den Raum unter der Haut zwängen können. Meist ist die Haut über solchen Veränderungen, die mehrere Wochen bis Monate nach Bauchoperationen entstehen können, geschlossen. Neben der kosmetischen Belästigung droht die Einklemmung innerer Organe in der Bruchlücke mit nachfolgenden Durchblutungsstörungen. Bei Narbenbrüchen nach Transplantationen von Leber, Bauchspeicheldrüse, Niere etc. stellt sich stets die Frage, ob eine Operation überhaupt angeraten ist, zu welchem Zeitpunkt sie erfolgen soll, welches Operationsverfahren zur Anwendung kommt und welche speziellen medikamentösen Vorkehrungen für die Zeit der Operation zu treffen sind (Veränderungen der Immunsuppression, Gabe von Cortison etc.).

Die Ursachen für dieses häufige Auftreten liegen neben der Gabe von immunsuppressiven Medikamenten auch in der Tatsache, dass die Patienten vorher in der Regel langfristig schwer erkrankt waren: So haben Patienten mit Leberzirrhose ebenfalls ein deutlich erhöhtes Risiko, an einem Narbenbruch nach Bauchoperationen zu erkranken. Die Gefährdung durch eine operative Versorgung eines Narbenbruchs bei noch bestehender Leberzirrhose ist extrem hoch. Auch Dialysepatienten und Diabetiker neigen zu Wundheilungsstörungen, die einen Narbenbruch nach sich ziehen können.

Entstehung

Der Narbenbruch ist definiert als eine Lücke der Muskulatur und der Faszien (Umhüllung) der Bauchmuskulatur, die dort entsteht, wo eine Operation mit Bauchöffnung vorangegangen ist. Haut- und Unterhautfettgewebe über dieser Lücke

sind in der Regel intakt, und es bildet sich eine Ausstülpung des Bauchraumes mit einem Bruchsack, in den Fettgewebe oder auch Organe (meistens Dün- oder Dickdarm, gelegentlich aber auch Eierstöcke, Wurmfortsatz etc.) bei Atmung oder Bauchpresse hineingedrückt werden.

Klemmen sich Darmschlingen oder andere Organe so in der Bruchlücke ein, dass sie aus dem Bruchsack nicht von selbst oder durch Druck von außen zurück in die Bauchhöhle verschoben werden können, spricht man vom „irreponiblen“ Narbenbruch; treten Durchblutungsstörungen auf, spricht man von der inkarzierten Hernie. Die inkarzierte Narbenhernie stellt die gravierendste Komplikation eines Bauchdeckenbruchs dar, da sie zur Durchblutungsstörung der eingeklemmten Organe führt mit nachfolgender Darmperforation (Austritt von Darminhalt in den Bruchsack und später in die Bauchfellhöhle) mit folgender Bauchfellentzündung und tödlichem Ausgang, falls diese Komplikation nicht innerhalb kürzester Zeit operativ behandelt wird.

Besonders bei Patienten, die nach Organtransplantation Immunsuppressiva einnehmen müssen, ist diese Komplikation als besonders ernsthaft einzustufen.

Nach Lebertransplantation treten Narbenbrüche besonders in der Mitte des Oberbauchs auf – dort, wo die beiden Schnittrichtungen des „Mercedes-Sternschnitts“ zusammenlaufen. Diese Lokalisation wird zudem durch die Durchblutungsverhältnisse der Muskeln und Faszien in diesem Bereich begünstigt.

Erste Anzeichen einer Heilungsstörung der Faszien treten meistens während des stationären Aufenthaltes auf; es bildet sich



Prof. Dr. med. Richard Viebahn

dann zunächst ein kleiner Narbenbruch und – je nach Organfunktion und Konstitution des Patienten – können monströse Brüche resultieren. Die Diagnosestellung erfolgt zwischen vier Monaten und mehreren Jahren nach Transplantation.

Nach Pankreastretransplantation wird die Bildung der längsverlaufenden und in der Mitte des Bauches ge-

legenen Narbe durch Wundheilungsstörungen beeinträchtigt. Wenn sich die Bauchspeicheldrüse nach der Transplantation stark entzündet oder wenn Sekundäreingriffe (Bauchspülung, Ausräumung von Blutergüssen etc.) erforderlich werden, wird diese Entwicklung noch begünstigt (Abb. 1). Auch hier beobachten die Patienten innerhalb der ersten vier Monate eine „Beule“ an der Wunde, die allerdings in der Regel nicht so groß wird wie nach Lebertransplantation.

Nach Nierentransplantation wird die Bildung von Narbenbrüchen ebenfalls durch Sekundäreingriffe, Wundinfektionen, Wundheilungsstörungen anderer Genese etc. begünstigt. Gerade im Bereich der „Hockeyschlägerschnitte“ in der Leistenregion können ebenfalls sehr große Bruchlücken auftreten, durch die auch die transplantierte Niere in den Bruchsack wandern kann.

Zeitpunkt der Versorgung

Die Versorgung von Narbenbrüchen sollte erst stattfinden, wenn eine stabile Langzeitfunktion des Organs erreicht und die Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten weitgehend reduziert wurde. Auch sollten Wundinfektionen völlig auskuriert sein und die Haut über dem Narbenbruch reizlos und geschlossen aussehen. Dieser Zustand ist meist erst nach sechs Monaten erreicht.

Foto: Beyna

Sollte ein Harnwegsinfekt vorliegen oder eine Akne, wie sie bei der Einnahme von Cortisonpräparaten gelegentlich auftritt, ist zunächst die Ausheilung anzustreben, da eine Wund- oder Allgemeininfektion die Abheilung eines Narbenbruchs nach Operation erheblich verzögert.

Medikamentöses Vorgehen

Immunsuppressive Medikamente wirken durch einen Eingriff in die Eiweißsynthese allgemein (Cortison) sowie durch die Reduktion wichtiger Botenstoffe für das Immunsystem (Interleukin-Blockade durch Cyclosporin oder Tacrolimus), durch Verminderung der immunkompetenten Zellen (Imurek/MMF) oder durch eine Synthesehemmung von Botenstoffen, die auch für die Wundheilung essentiell sind (Rapamycin). Da jedoch vor und in der Rekonvaleszenzzeit nach Verschluss eines Narbenbruchs die immunsuppressiven Medikamente nicht vollständig abgesetzt werden können, ist die kompetente Aussprache mit dem Transplantationszentrum erforderlich. Hierbei hat sich die Beibehaltung der Medikation mit IL2-Hemmstoffen, niedrigen Dosen von Cortison und niedrigen Dosen von Imurek/MMF als unschädlich erwiesen. Eine Hochdosistherapie mit Cortison und die Behandlung mit Rapamycin sollte unterbrochen werden, bis die komplette Verheilung der Bruchlücke abgeschlossen ist. Dieser Vorgang dauert sechs bis zwölf Wochen.

Operationsverfahren

Die Versorgung von Narbenbrüchen erfolgt nahezu ausschließlich unter Zuhilfenahme von Kunststoffnetzen. Dieses Verfahren ist gerade für Narbenbrüche bei Patienten ohne Organtransplantation in mehreren großen Studien als das effektivste beschrieben worden, so dass keine Veranlassung besteht, bei Patienten nach Organtransplantation ein schlechteres Verfahren anzuwenden. Trotzdem muss man wissen, dass auch nach Operation in bis zu 30 Prozent der Patienten erneute Brüche auftreten („Rezidive“).

Narbenbrüche nach Lebertransplantation werden in der Regel in Vollnarkose operiert; Narbenbrüche im Bereich des Unterbauches, also insbesondere nach Nierentransplantation, können auch in Spinal- oder Periduralanästhesie (sogenannte „Rückenmarksnarkose“) versorgt werden. Hierzu wird der Hautschnitt wieder eröffnet und die meist sehr breit gewordene Narbe der Haut ausgeschnitten. Sehr sorgfältig ist dann die Bauchhöhle bzw. der



Abb. 1: Abgeheilte Wundheilungsstörung nach Pankreastransplantation; die Bauchdecke ist bereits ausgedünnt, ein Narbenbruch bildet sich in den folgenden 6 Monaten aus.



Abb. 2: Implantation eines Kunststoffnetzes in die Bruchlücke, am Netzrand ist der Faden zu erkennen, mit dem das Netz eingenäht wird.

Bindegewebsraum unterhalb der eröffneten Faszie freizulegen und der Bruchsack abzutragen. Hiernach resultiert ein größerer Defekt in den Hüllstrukturen der Bauchhöhle, in den ein Kunststoffnetz eingelegt wird, das mit ausreichender Überlappung mit den seitlichen Rändern des Narbenbruchs eingenäht wird (Abb. 2). Wenn möglich, erfolgt zum Darm hin eine Abschottung mit Bauchfell und zur Haut hin eine Abschottung des Netzes mit Muskeln oder Faszienstreifen, die jedoch besonders bei großen Hernien meist nicht mehr zur Verfügung stehen.

Es wird stets angestrebt, das Netz mit Bindegewebe zu bedecken und erst dann die Haut zu verschließen.

Über die Notwendigkeit der Einlage von Drainagen besteht noch eine intensive Diskussion, in der eigenen Erfahrung kommen Wund- oder Bauchdrainagen nicht mehr zur Anwendung.

Die heute auf dem Markt befindlichen Netze zum Verschluss von Narbenhernien bestehen aus Polymerfäden und sind meist zum Teil resorbierbar (d.h. sie lösen sich nach mehreren Monaten auf), oder es sind größere Anteile nicht resorbierba-

rer Fäden mit in das Netz eingewebt. Dies hat den Vorteil, dass durch das bestehende Netz längerfristig der Narbenbruch verschlossen bleibt. Gerade bei transplantierten Patienten empfiehlt sich die Verwendung von Netzen mit nicht resorbierbaren Fäden.

Besonders bei Bruchlücken, die bis in die Bauchhöhle hineinreichen, müssen Spezialnetze verwendet werden, die zum Darm hin eine besonders glatte Oberfläche haben, damit es nicht langfristig zur Verletzung der Darmwand kommt.

Je nach Größe des Eingriffs kann der Patient am dritten bis zehnten Tag nach der Operation das Krankenhaus wieder verlassen. Falls erforderlich, kann nach vier bis sechs Wochen die zuvor gegebene Immunsuppression wieder verwendet werden, die neue Einstellung mit Rapamycin sollte frühestens nach sechs Wochen begonnen werden.

In der eigenen Erfahrung wird dem Patienten empfohlen, für vier bis sechs Wochen Tag und Nacht eine Bauchbinde zur mechanischen Entlastung der Bauchdecke zu tragen; bis zur zwölften Woche sollte

sie beim Gehen und bei starken Belastungen verwendet werden.

Aufgrund des dargestellten Risikoprofils liegt die Rezidivrate (also der Anteil von Patienten, bei denen nach dem Bruchlückenverschluss ein erneuter Bruch auftreten kann) bei transplantierten Patienten höher als bei Patienten ohne Immunsuppression.

Die Anwendung der „Schlüssellochmethode“ ist sehr zurückhaltend zu bewerten: Nach Lebertransplantation sind Verwachsungen zu erwarten, die das laparoskopische Vorgehen erschweren und zu Darmverletzungen führen. Nach Nierentransplantation sind laparoskopische Eingriffe möglich (Lymphozellenfensterung), da der Narbenbruch jedoch außerhalb der Bauchhöhle liegt, ist er für den Bauchspiegel nicht zu erreichen.

Zusammenfassung

Narbenbrüche nach Organtransplantation sind mit guten Ergebnissen behandelbar und erfordern gegenüber der Versorgung von Brüchen bei nicht transplantierten Patienten spezielle Vorkehrungen:

- Zeitpunkt: frühestens sechs Monate nach Transplantation,
- Anpassung der Immunsuppression (insbesondere Absetzen von Rapamycin),
- regelmäßige Verwendung von Kunststoffnetzen,
- sorgfältige Überwachung der Organfunktion und
- kompetente Nachsorge.

Derartige Bruchoperationen sollten – wie eigentlich jede chirurgische Maßnahme – in der zum Transplantationszentrum gehörenden chirurgischen Klinik durchgeführt werden. Nur hier sind die spezielle ärztliche Kompetenz und die Infrastruktur (z.B. Spiegelbestimmung von Cyclosporin oder Tacrolimus, Umgang mit Patienten mit eingeschränkter Nieren-/Leberfunktion) verfügbar.

*Prof. Dr. med. Richard Viebahn
Chirurgische Klinik der Ruhr-Universität
am Knappschafts-Krankenhaus*

Patientenservice

Körperliche Fitness und Ernährung sind zwei wichtige Voraussetzungen, um sich nach der Transplantation wohl zu fühlen. Aber darf ich mich als Transplantierte denn sportlich betätigen? Und soll ich nach der Transplantation auf eine spezielle Ernährung achten? Die Transplantation wirft viele Fragen auf. Hilfreiche Informationen und Tipps finden Sie in den Patientenbroschüren für Organtransplantierte von Novartis, die Sie kostenfrei unter folgender Bestelladresse anfordern können:

Novartis Pharma GmbH
Business Unit Transplantation & Immunologie
z. Hd. Frau Lydia Schmitt
Roonstr. 25
90429 Nürnberg
Fax +49 911 273 12290
Mail: lydia.schmitt@novartis.com



Risiko der Hepatitis-B-Reaktivierung nach Lebertransplantation

Eine chronische Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus kann zu einer fortschreitenden Lebererkrankung führen, bei der die chronische Entzündung einen narbigen Umbau des Lebergewebes und einen Verlust der zahlreichen Funktionen des lebenswichtigen Organs zur Folge hat. Auch bei einer hochakut verlaufenden Hepatitis-B-Infektion kann es innerhalb von Tagen zu einem lebensbedrohlichen Untergang von Lebergewebe kommen. Zwar hat die Hepatitis-B-Infektion durch zunehmende Behandlungsmöglichkeiten im letzten Jahrzehnt einiges an Schrecken verloren. Medikamentös kann das Virus mittlerweile in Schach gehalten werden, eine bereits eingeschränkte Leberfunktion kann sich durch die Therapie sogar bessern. Dennoch schreitet die Erkrankung bei einigen Patienten fort oder es ist bereits zu spät für eine wirkungsvolle medikamentöse Behandlung. Für viele dieser Patienten hat sich erfreulicherweise die Lebertransplantation als ein Rettungsanker mit einer beachtlich guten Langzeitprognose etabliert.

Antivirale Therapie vor einer Lebertransplantation

Die antivirale Therapie vor einer Lebertransplantation hat zwei wesentliche Ziele: Zum einen soll ein Fortschreiten der Lebererkrankung verhindert werden, was für Patienten mit einer bereits dekompensierten Leberzirrhose überlebensentscheidend sein kann, schließlich muss eine nicht selten kritische Zeit auf der Warteliste überbrückt werden. Zum anderen soll das Virus zum Zeitpunkt der Transplantation möglichst wenig aktiv sein, um das Risiko einer Reinfektion nach der Transplantation zu reduzieren. Für diese antivirale Therapie stehen heute zwei Gruppen von Substanzen zur Verfügung: Das Interferon alfa und die Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga. Für das Interferon alfa zeigte sich jedoch in der Anwendung bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Leberzirrhose ein schlechtes Ansprechen auf die Therapie einerseits und das Auftreten schwerer Nebenwirkungen und Komplikationen andererseits. Daher wird die Therapie bei Patienten mit

einer fortgeschrittenen Zirrhose nicht durchgeführt. Wesentlich nebenwirkungsärmer sind die Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga, von denen Lamivudin (Zeffix®, Epivir®) und Adefovir (Hepsera®) in Deutschland zugelassen sind und bei Patienten vor und nach Lebertransplantation eingesetzt werden. Diese Substanzgruppe blockiert die Vermehrung (Replikation) des Virus sehr gezielt und effektiv. Ein grundsätzliches Problem bei der Behandlung mit beiden Substanzen ist, dass sich mit zunehmender Behandlungszeit vermehrt resistente Viren im Körper ansammeln. Das ist bei dem in erster Linie eingesetzten Lamivudin in der Regel schneller und damit insgesamt häufiger der Fall als bei Adefovir. Erfreulicherweise ist Adefovir bei bereits eingetretener Lamivudin-Resistenz noch wirksam, so dass es zusätzlich oder anstatt von Lamivudin verabreicht werden kann. Voraussetzung für eine rechtzeitige Umstellung der Therapie sind jedoch regelmäßige Kontrolluntersuchungen der Virus- bzw. Leberparameter. Weitere Substanzen wie Entecavir und Tenofovir werden das Spektrum voraussichtlich zukünftig erweitern.

Hepatitis-B-Reinfektionsprophylaxe nach einer Lebertransplantation

Für Patienten, deren Leber durch eine chronische oder hochakute Hepatitis B lebensbedrohlich geschädigt ist, stellt die Lebertransplantation oft die einzige Überlebenschance dar. Bei einer solchen Transplantation besteht für den Virus-Träger ein besonderes Transplantations-Risiko, und zwar das einer Hepatitis-B-Reinfektion, d.h. einer Infektion des transplantierten Organs mit noch im Blut und Gewebe des Empfängers verbliebenem Virus. Diese Reinfektionen waren noch in den 80er Jahren eine erhebliche Gefahr für den Erfolg der Transplantation, da Reinfektionen ohne gute Behandlungsmöglichkeiten oft rasch zu einem erneuten Versagen der



Dr. med. Jens Rosenau

Leberfunktion geführt haben. Diese Gefahr ist weitestgehend gebannt: Zum einen durch eine sehr erfolgreiche Reinfektionsprophylaxe, zum anderen durch die Behandlungsmöglichkeiten der Reinfektion mit Nukleosid- und Nukleotidanaloga. Begonnen wurde die Reinfektionsprophylaxe Mitte der 80er Jahre mit einem Immunglobulin, das Anti-

körper gegen das Hepatitis-B-Virus in hoher Konzentration enthält. Trotzdem kam es auch unter dieser Prophylaxe noch bei 20 bis 50 Prozent der Patienten zu Reinfektionen. Im weiteren Verlauf wurden die antiviralen Substanzen, zuerst Lamivudin alleine, zuletzt auch in Kombination mit Adefovir, als Reinfektionsprophylaxe erprobt. Bei Verabreichung von Lamivudin allein wurden Reinfektionen zwar nicht mehr früh nach der Transplantation beobachtet, aber sie traten im Verlauf von wenigen Jahren bei ebenso vielen Patienten wieder auf. Auch bei Einnahme von Lamivudin und Adefovir war ohne Immunglobulin im Verlauf nach der Transplantation das Virus oft weiterhin oder wieder nachweisbar. Zwar ist es bei diesen Patienten nicht mehr zu schweren Hepatitis-Verläufen gekommen, trotzdem beinhaltet die zurzeit sicherste Prophylaxe noch Hepatitis-B-Immunglobulin. Mit einer optimal angewendeten Kombinationsprophylaxe mit Lamivudin bzw. Adefovir und Hepatitis-B-Immunglobulin konnte die Reinfektionsrate auf aktuell unter fünf Prozent gedrückt werden – und dies mit einer Nachbeobachtungszeit von schon mehreren Jahren. Erfreulicherweise gilt dies auch für Patienten mit einer Hepatitis-D-Koinfektion. Der Erfolg dieser wirksamen Reinfektionsprophylaxe hat jedoch einen hohen Preis, und der liegt bei den in Hannover betreuten Patienten zurzeit bei ca. 20.000 bis 30.000 Euro jährlich. Damit bleiben bei den begrenzten finanziellen Mitteln in unserem Gesundheitssystem einige Fragen stets aktuell: Wie lange muss die Reinfek-

tionsprophylaxe fortgeführt und bei wem kann sie gefahrlos beendet werden? Kann die Reinfektionsprophylaxe kostengünstiger gestaltet werden, ohne dass ein Gesundheitsrisiko für den Patienten daraus erwächst? Und tatsächlich zeichnen sich Möglichkeiten der Kostenreduktion ab: Einige Daten deuten darauf hin, dass bei Kombination des Immunglobulins mit Lamivudin bzw. Adefovir niedrigere Antikörper-Spiegel im Blut erforderlich sind, ohne die Sicherheit vor einer Reinfektion signifikant zu beeinträchtigen. Auch eine frühzeitige Beendigung der Immunglobulin-Gabe oder der Lamivudin-Therapie wurden vorgeschlagen – überzeugende Langzeitdaten liegen jedoch noch nicht vor. Ein besonders eleganter Ansatz, die Reinfektionsprophylaxe überflüssig zu machen, ist eine aktive Impfung mit herkömmlichen oder veränderten Hepatitis-B-Impfstoffen im Verlauf nach der Transplantation. Ist eine solche Impfung erfolgreich, werden die schützenden Antikörper vom Immunsystem des Patienten selbst gebildet, und ei-

ne weitere Gabe von teuren und zum Teil auch Nebenwirkungen verursachenden Fremd-Antikörpern ist nicht mehr erforderlich. Die bisher publizierten Studien zeigen zwar ein überwiegend schlechtes Ansprechen auf die aktive Impfung. Einzelne Patienten sind jedoch bereits von der Reinfektionsprophylaxe befreit, und die eigenen Antikörperspiegel sind offenbar relativ stabil und bieten den erwarteten sicheren Schutz vor einer Reinfektion.

Therapie einer Reinfektion nach Lebertransplantation

Ist es zu einer Infektion der transplantierten Leber mit dem Hepatitis-B-Virus gekommen, was beinahe nur Patienten betrifft, die im letzten Jahrzehnt transplantiert wurden, so stehen zur Behandlung die selben Medikamente zur Verfügung wie vor der Transplantation. Zwar sind die Therapie-voraussetzungen nach der Transplantation durch die Immunsuppression etwas verändert, die Therapieerfolge mit Nucleosid- bzw. Nucleotidanaloga sind jedoch ver-

gleichbar mit denen vor Transplantation, leider auch mit dem Risiko der Resistenzentwicklung. Ob und zu welchem Zeitpunkt die antivirale Therapie mit Lamivudin oder Adefovir begonnen werden sollte, muss im Einzelfall entschieden werden. Bei einem frühzeitigen Beginn der Therapie kann eine ungünstig verlaufende Hepatitis in der Regel über viele Jahre verhindert werden. Zudem werden auch hier die medikamentösen Neuentwicklungen die therapeutischen Möglichkeiten weiter verbessern. Und für Patienten, deren Leberfunktion sich bereits wieder erheblich verschlechtert hat, bleibt zumindest oft die Möglichkeit einer erneuten Transplantation und die Aussicht auf eine erfolgreiche Reinfektionsprophylaxe.

*Dr. med. Jens Rosenau
PD Dr. med. Matthias J. Bahr
Prof. Dr. med. Michael P. Manns
Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie
und Endokrinologie
Med. Hochschule Hannover*

Neue Form der interdisziplinären Kooperation zwischen der Universitätsklinik Tübingen und den Städtischen Kliniken Esslingen

Einmalig im süddeutschen Raum gründeten beide Kliniken ein gemeinsames Leberzentrum. Hier werden Lebererkrankungen aller Art behandelt und auch schwer erkrankte Patienten bis hin zur Transplantation betreut.

Professor Dr. Klaus-Peter Maier, leitender Arzt des Leberzentrums an den Städtischen Kliniken Esslingen, war bis September 2005 als Chefarzt an den Städtischen Kliniken tätig. Der Universitätsklinik Tübingen gelang es, mit Professor Dr. Alfred Königsrainer einen erfahrenen, erfolgreichen Transplantationschirurg zu berufen. Beide Ärzte arbeiten nun eng zusammen und bilden das interdisziplinäre Leberzentrum. Im Leberzentrum kann ambulant, aber auch stationär behandelt werden.

In enger Kooperation mit der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen behandelt Professor Maier Patienten mit Lebererkrankungen. Einerseits werden Visiten vom Esslinger Team im Lebertransplantationszentrum Tübingen durchgeführt. Andererseits finden Visiten der Tübinger Transplantationschirurgen im Esslinger Leberzentrum statt. Auf diese Weise ist eine enge Verzah-



*Prof. Dr. med.
K.-P. Maier*



*Prof. Dr. med.
A. Königsrainer*

nung zwischen konservativer und operativer Hepatologie gewährleistet. Das Zentrum wird von den Patienten gut angenommen. Durch die Zusammenarbeit kann für die Patienten eine eventuell notwendige Anmeldung auf die Warteliste zur Lebertransplantation zum optimalen Zeitpunkt erfolgen. Die Evaluationsuntersuchungen zur Lebertransplantation können im Leberzentrum erfolgen. Die Transplantation wird dann z.B. in Tübingen durchgeführt. In Ess-

lingen kommen den Patienten große Erfahrung und Fachwissen sowie eine Ausstattung mit modernen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zugute. Die Anzahl der Lebertransplantationen in Tübingen steigt an, die Zusammenarbeit verschiedener Spezialisten und gemeinsame, interdisziplinäre Fortbildungen optimieren die Qualität für die Patienten.

Kontakt:
Sekretariat des Leberzentrums Esslingen
Hirschlandstr. 97
73730 Esslingen
Tel. 0711/3103-2470
Fax 0711/3103-2474
E-Mail: leberzentrum@kliniken-es.de
www.kliniken-es.de/leberzentrum/

Quelle: Homepage des Leberzentrums, PM vom 22.12.2005

Fotos: Homepage Leberzentrum

In Heft 1/2005 der „Lebenslinien“ brachten wir einen Artikel mit dem Titel „Naturheilverfahren nach Lebertransplantation?“. Darin wurde die Anwendung unter ärztlicher Aufsicht bejaht, mit Einschränkungen bei einigen Heilmitteln wegen tatsächlicher oder potenzieller Lebertoxizität. Dazu im Folgenden zwei Beiträge, einer nochmals über pflanzliche Heilmittel bei chronischen Lebererkrankungen und einer über Homöopathie. Homöopathie basiert zwar auf einem gänzlich anderen Ansatz, wird aber ebenfalls als Teil der „alternativen oder komplementären“ Medizin gesehen und ist in Deutschland (aber auch beispielsweise in Frankreich und zunehmend in USA) sehr populär. Die beiden folgenden Artikel werfen kritische Fragen auf basierend auf den Ergebnissen umfassender Studien. Weitere Beiträge handeln von Nierenversagen nach Koloskopie und Compliance.

Homöopathie – Wirksame Therapie oder Placebo-Effekt?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Entwurf einer Studie in Umlauf gebracht, die Homöopathie als wirksames Heilverfahren preist. Man erinnere sich, dass Homöopathie von dem deutschen Arzt Samuel Hahnemann im späten 18. Jahrhundert entwickelt wurde basierend auf dem Prinzip, dass „gleiches durch gleiches geheilt werde“. Dasselbe Autorenteam hat für die WHO im Jahre 2003 eine Studie über Akupunktur veröffentlicht. Beide Studien werden von den Kritikern als unwissenschaftlich und stark verzerrt zugunsten der jeweiligen Verfahren angesehen.¹

Die Standardkritik homöopathischer Verfahren setzt bei der Verdünnung homöopathischer Arzneimittel an: die Verdünnung sei meist so groß, dass keine Moleküle der vermuteten Wirksubstanz in den Präparaten gefunden werden könnten und daher jegliche Wirkung naturwissenschaftlich höchst unplausibel sei.

Eine Studie eines schweizerisch-britischen Teams von hoher wissenschaftlicher Qualität kommt im Gegensatz zu der erwähnten WHO-Studie zu dem Schluss, dass die klinischen Wirkungen homöopathischer Behandlungen im Wesentlichen Placebo-Effekte seien.² Die Untersuchung unterzieht insgesamt 110 Studien mit homöopathischen Versuchen und eine gleiche Zahl dazu passender Studien mit konventionellen (allopathischen) Versuchen einer

Metaanalyse³. Sämtliche Studien sind Placebo-kontrolliert. Die mittlere Größe (Median) der analysierten Versuche belief sich auf 65 Patienten (mit einer Streuung von zehn bis 1.573), wobei jeweils die Versuche mit höheren Patientenzahlen als die wissenschaftlich strengeren und zuverlässigeren angesehen werden müssen.⁴ Die den Versuchen zugrunde liegenden Erkrankungen reichen von Infektionen der Atemungswege (19 Prozent) bis zu neurologischen Erkrankungen (neun Prozent) und auch Chirurgie und Anästhesie (elf Prozent). Unter den Versuchen mit geringeren Patientenzahlen kommen etliche zu dem Schluss, dass homöopathische Verfahren wirksam seien, also signifikant verschieden von bloßen Placebos. Bei den Versuchen mit größeren Zahlen und strengem wissenschaftlichen Vorgehen wird nirgendwo ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen homöopathischer und Placebo-Behandlung nachgewiesen.

Dies ist allerdings noch nicht unbedingt das Ende der Homöopathie, was Reinhard Wandtner aus dem Kommentar des Lancet herausliest.⁵ Der Kommentator wie auch die Autoren um Eggert et al. räumen nach gut naturwissenschaftlichen Grundsätzen durchaus ein, dass die zitierte Studie möglicherweise noch nicht das Ende der Geschichte sei und dass weitere Untersuchungen unter Berücksichtigung zusätzlicher Einflussfaktoren zu anderen Schlüssen

kommen könnten. Am Ende ihrer Untersuchung (p. 731) betonen die Autoren um Eggert et al. ausdrücklich, dass sie sich auf den Nachweis spezifischer Effekte homöopathischer Mittel beschränkt hätten ohne Berücksichtigung des Kontexts, in dem die ärztlichen Interventionen stattgefunden hätten. Diese Ergebnisse seien allerdings „kompatibel mit der Placebo-Hypothese“. Dagegen würden Ärzte, die homöopathisch arbeiten, häufig sehr starke Verbindungen mit ihren Patienten herstellen, da beide Seiten von der Wirksamkeit der Behandlung überzeugt seien. Es könne also sein, dass homöopathische Verfahren wirksame Ergänzungen von konventioneller, allopathischer Medizin seien, während die Kritiker betonen, dass Homöopathie beabsichtigte Irreführung der Patienten sei. Zukünftige Untersuchungen sollten daher diese Arzt-Patient-„Umweltfaktoren“ explizit mit einbeziehen.

NB: Die Einbeziehung solcher Umweltfaktoren geht natürlich weit über die herkömmliche Definition der Arzneimittelwirkung hinaus. Allerdings würde dies nichts an einem möglichen Befund ändern, dass eine Heilwirkung festzustellen wäre aufgrund der Einnahme homöopathischer Arzneimittel und aller anderen Faktoren, die sich positiv auf die Behandlung ausgewirkt hätten.

Pflanzenheilmittel bei chronischen Lebererkrankungen

In einer umfassenden Meta-Untersuchung, die sämtliche in Englisch veröffentlichten klinischen Untersuchungen mit einer Reihe von Pflanzenheilmitteln (Silymarin = Mariendistel; Glycyrrhizin = Süßholz; Sho-Saiko-to, Phyllanthus amarus; Picrorrhiza kurroa; Cpd 861; CH-100; LIV.52) einbezieht, wird von der routinemäßigen Verwendung derartiger Heilmittel eher abgeraten.⁶ Die meisten Mittel werden in den Herkunftsländern (meist Ost- und Südasien: Japan, China, Indien) bei Hepatitis C und Leberfibrose verwen-

det, aber auch im Westen (z.B. USA) erfreuen sie sich zunehmender Beliebtheit. Etliche klinische Studien dieser Pflanzenmittel weisen auf eine Abnahme der Serumtransaminasen hin, doch sind die Auswirkungen auf das Lebergewebe und Langzeitüberleben nicht ausreichend untersucht oder sogar widersprüchlich.

Ein zentrales Problem ist, dass die Wirksamkeit der Mittel in klinischen Studien nur schwer nachweisbar ist, da die Produkte nicht standardisiert sind und nicht der Arzneimittelkontrolle (in USA z.B. der

Food and Drug Administration) unterliegen. Die verschiedenen Versuchsergebnisse, die der Meta-Studie zugrunde liegen, sind daher mit Vorsicht zu genießen. Die meisten der untersuchten Präparate enthalten multiple Wirkstoffe, die teilweise sogar lebertoxisch sind. Daher bedürfte es dringend strikter Standardisierung und Überwachung. In jedem Fall sollten die oben genannten und ähnliche Präparate nur unter Kontrolle eines erfahrenen Arztes angewendet werden.

Immunsuppression und Hautkrebs

Hautkrebs ist ein ernst zu nehmendes Problem bei immunsupprimierten Patienten. Der Krebs tritt meist an Stellen auf, die der Sonne ausgesetzt sind. Der Krebs ist bei Organtransplantierten aggressiver als bei der Allgemeinbevölkerung und verläuft sogar manchmal tödlich.⁷ Zwar ist die Inzidenz in sonnigen Klimaten am höchsten, doch hat eine Untersuchung von 700 Nierentransplantierten in den Niederlanden gezeigt, dass der Befall mit schorfigem Hautkrebs bei Tx-Patienten 250-mal

höher ist als bei der Allgemeinbevölkerung.

Obwohl die Kausalität nicht völlig geklärt ist, scheint die Kombination von Azathioprin, einem Immunsuppressivum⁸, und UV-A-Strahlung (sog. Bräunungsstrahlung mit Wellenlängen von 315–400 nm) am gefährlichsten zu sein. Aber auch bei Ciclosporin-Monotherapie ist ein erhöhtes Hautkrebsrisiko zu beobachten, obwohl nicht bekannt ist, dass Ciclosporin Photosynthese auslöst.

Schon früher wurde durch Arzneimittel

potenziertes Hautkrebsrisiko bei UV-A-Strahlung beobachtet, und zwar bei der Behandlung von Psoriasis (Schuppenflechte) mit Psoralene und Bestrahlung (sog. PUVA-Therapie = Psoralene plus UV-A). Im Unterschied zu PUVA, die nur während weniger Stunden angewendet wird, ist die Behandlung mit Immunsuppressiva wie Azathioprin oder Ciclosporin permanent. Daher sollten immunsupprimierte Patienten bei stärkerer Sonnenbestrahlung wirksame Sonnenschutzcreme mit starkem Sonnenfilter verwenden.

Akutes Nierenversagen nach Koloskopie

Da sich viele von uns Lebertransplantierten, aufgrund von assoziierten Darmerkrankungen oder medikamentösen Nebenwirkungen, relativ häufig einer Koloskopie unterziehen müssen, ist das Ergebnis einer kürzlich veröffentlichten Retrospektivstudie an der Columbia-Universität⁹ von großem Interesse. Diese Studie stellt einen Zusammenhang zwischen Nierenversagen und Darmreinigung vor Koloskopie fest.

An der Columbia Universität in New York wurden im Zeitraum 2000–2004 unter 7.349 Nierenbiopsien 31 Fälle mit Nephrokalzinose (= Verletzung der Nierenkanälchen aufgrund von Kalziumphosphat-Ablagerungen) festgestellt – ein Befund, der normalerweise mit Hyperkalzämie (=

verminderte Kalziumausscheidung aus der Niere) assoziiert ist. Von den 31 Fällen lag bei 21 Patienten akutes Nierenversagen vor. Bei allen Fällen von akutem Nierenversagen war eine Koloskopie vorausgegangen, bei der die Darmreinigung mit der üblichen Natriumphosphatlösung erfolgt war. Die betroffenen Patienten hatten im Mittel (Median) im Zeitraum von bis zu vier Monaten vor Koloskopie einen Kreatininwert von 1,0 mg/dl, einen Monat danach einen Wert von 3,9 mg/dl; es handelte sich dabei überwiegend um ältere Frauen mit leichtem Bluthochdruck und milder Arteriosklerose (wobei diese Prädispositionen einer weiteren Abklärung durch eine noch größere Untersuchung bedürften). Nach einer durchschnittlichen

Beobachtungszeit von 16,7 Monaten brauchten vier Patienten permanente Dialyse; die übrigen 17 hatten eine chronische Niereninsuffizienz entwickelt mit einem mittleren Kreatininwert von 2,4 mg/dl.

Die Schlussfolgerung der Autoren: Nephrokalzinose wird nur in unzureichendem Maße als Ursache eines akuten oder chronischen Nierenversagens erkannt. Unter den verursachenden Faktoren spielt neben Alter, Bluthochdruck und Verwendung von blutdrucksenkenden Mitteln (wie etwa ACE-Hemmern) insbesondere Dehydrierung eine Rolle, die bei der einer Koloskopie vorausgehenden Darmreinigung mit Natriumphosphatlösung auftreten kann.

Compliance

„Medikamente wirken nicht bei Patienten, die sie nicht einnehmen.“ Diese „fundamentale Erkenntnis“ von C. Everett Koop, M.D. steht einer Untersuchung voran, über die kürzlich im New England Journal of Medicine berichtet wurde.¹⁰ Die Einhaltung einer medikamentösen Therapie (üblicherweise auch in Deutschland mit dem englischen Ausdruck „compliance“ bezeichnet) ist besonders mangelhaft bei Patienten mit chronischen Krankheiten; abfallende compliance ist meist nach dem sechsten Behandlungsmonat zu beobachten. In USA sind zwischen ein und zwei Drittel aller Krankenhausaufnahmen auf unzureichende Einhaltung der verschriebenen Medikation zurückzuführen.

Dem Arzt stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, die compliance zu überprüfen. Die direkten Methoden im Krankenhaus (direkte Beobachtung, Messung

des Medikamentenspiegels im Blut, Nachweis von biologischen Markern im Blut) sind sicherlich am zuverlässigsten; aber es gibt auch indirekte Methoden wie Nachzählen der Pillen, Rezepterneuerungsrate für die Medikamente, Fragebogen, Messen physiologischer Marker wie etwa Puls bei Einnahme von Beta-Blockern etc.). Am besten ist natürlich die eigenverantwortliche Kooperation des aufgeklärten Patienten, der die Gefahren der non-compliance voll verstanden und verinnerlicht hat. Diese Patientengruppe, die sich nahezu zu 100 Prozent an die verschriebene Medikation hält, macht allerdings nach allgemeiner Erfahrung in USA nur ungefähr ein Sechstel aller chronisch kranken Patienten aus; ein weiteres Sechstel vergisst die Medikamenteneinnahme gelegentlich oder verpasst den richtigen Zeitpunkt; der Rest folgt der Therapie lückenhaft bis hin zur

fast gänzlichen Vernachlässigung. Die compliance variiert auch sehr stark mit der Häufigkeit der Medikamenteneinnahme: von durchschnittlich 79 Prozent (65–92 Prozent bei einmal täglicher Einnahme, 69 Prozent (54–84) bei zweimal täglich, 65 Prozent (50–81) bei dreimal täglich bis lediglich 51 Prozent (31–71) bei viermal täglich.

Eine Vereinfachung der Medikamenteneinnahme, sofern überhaupt möglich, kann zur Verbesserung der compliance beitragen; gründliche Arzt-Patienten-Gespräche zur Schaffung besseren Verständnisses und größeren Vertrauens ebenso. Bei besonders vergesslichen oder unzuverlässigen Patienten werden Erfolge auch mit dem Einsatz von „Technologie“ erzielt wie Erinnerungsanrufe über Handy oder Pillendosen mit eingebauten Warnrufern.

Anmerkungen auf S. 33



Für die Angehörigen meines Organspenders

*Ich kenne Dich nicht,
Versuche mir ein Bild zu machen,
Von Dir, von Deinem verstorbenen Familienmitglied:*

*Fassungslos –
Sein Leben war beendet.
Die Welt stand für Dich still.
Ohnmacht hatte Dich im Griff.
Kalt war es in Dir.
Antworten hast Du gesucht
– und konntest die Fragen dazu nur schwer verstehen ...*

*... und gerade dann hast Du „Ja“ gesagt.
Danke!*

Jutta, seit 9 Jahren lebertransplantiert

Die Widerspruchslösung ist nicht der Schlüssel

Bericht über die Veranstaltung zum Europäischen Tag der Organspende im Transplantationszentrum Tübingen

Das Transplantationszentrum Tübingen, der Verband der Dialysepatienten Baden-Württemberg und die Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland hatten am 12. Oktober 2005 zu einer Informations- und Diskussionsveranstaltung zum Europäischen Tag der Organspende im Klinikum Tübingen eingeladen. Die Veranstaltung war sehr gut besucht. Dem Anlass entsprechend standen Organspende und Organmangel im Mittelpunkt. **Es bestand weitgehend Einigkeit darüber, dass dem akuten Organmangel in Deutschland nicht durch eine grundlegende Änderung des Transplantationsgesetzes hin zur Widerspruchslösung abzuhelpfen sei, sondern durch Regelungen auf der Krankensebene durch Motivierung und Schulung des Personals im Hinblick auf eine bessere Nutzung des Organspenderpotenzials.**

Professor Dr. Königsrainer, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, eröffnete die Veranstaltung mit einem kurzen Überblick über Organtransplantation und -spende in Deutschland. Er stellte den Spendermangel als Hauptproblem im Transplantationsprozess heraus mit all seinen Begleiterscheinungen bis hin zum Tod auf der Warteliste. Das Spenderpotenzial, das in Mitteleuropa in der Größenordnung von über 50 pro Million Einwohner liege, werde bei weitem nicht ausgeschöpft. Der Vollzug der Organspende gehöre jedoch zu den ärztlichen Pflichten und bedürfe besonderer Anstrengung durch gezielte Schulung des medizinischen Personals. Aber auch eine realistische Kostenerstattung für die explantierende Klinik sei unerlässlich. Dr. Petersen vom Tx-Zentrum Tübingen betonte in seinem Vortrag, dass das Haupt-

problem für den Organmangel im Krankenhaus liege, erst in zweiter Linie in der mangelnden Zustimmung der Angehörigen. Er gab eine Übersicht über die gesetzlichen Regelungen (Widerspruch vs. erweiterte Zustimmung) in verschiedenen Ländern. Zwar liege der Durchschnitt der Spenderintensität (Organspender pro Million Einwohner (PMP)¹ bei ca. 21 in Ländern mit de-iure-Widerspruchslösung (= Mehrzahl der Länder) im Vergleich zu ca. 13 in Ländern mit erweiterter Zustimmungslösung; doch sei nicht die de-iure-Regelung entscheidend, da in vielen „Widerspruchsländern“ de facto ebenfalls die erweiterte Zustimmung gelte.² Aufgrund der herrschenden Praxis könne also nicht geschlossen werden, dass die Widerspruchslösung zu eindeutig besseren Organspendeergebnissen führe. Die Zustimmungslösung sei also nicht das Hauptproblem im Organ-

Foto: Jutta Riener



Von rechts: Drei der Referenten – Dr. Paredes, Transplantationskoordinator aus Barcelona, Prof. Dr. W. Lauchart, DSO Baden-Württemberg, Prof. Dr. W. Steurer, Universitätsklinik Tübingen

spendeprozess und es sei durchaus zweifelhaft, dass in Deutschland bessere Ergebnisse durch die Einführung der Widerspruchslösung erzielt würden.

Professor Dr. Steuer, Leitender Oberarzt des Tx-Zentrums Tübingen, gab eine Übersicht über die Situation in Österreich. In Österreich sei eine Obduktion Standard und damit auch die Organentnahme, es sei denn, der Widerspruch des Betroffenen sei zu Lebzeiten in einem Register in Wien hinterlegt worden. Zusätzlich zur Widerspruchslösung bei der Organspende gelte die Zentrumsorientierung bei der Allokation der Organe (obwohl Österreich Mitglied bei Eurotransplant ist, wo grundsätzlich die Patientenorientierung gilt). Zentrumsorientierung bedeutet, dass alle Empfänger außer HU-Patienten (HU = high urgency) lokal versorgt werden. Die Meldefreudigkeit sei aber auch in Österreich sehr stark personenabhängig, und der Einsatz von Tx-Koordinatoren habe einen Anstieg der Organspenderzahlen bewirkt. Die Schere zwischen Organspenden und Transplantation sei nicht extrem, die Wartezeit bei Ltx ca. vier Monate und die Mortalität auf der Warteliste stabil bei ca. zehn Prozent. Die Zentrumsorientierung

habe auch den Vorteil, dass ein marginales Organ direkt im Zentrum einem geeigneten Empfänger zugeteilt werden könne. Einen sehr anregenden Vortrag über das spanische Modell der Transplantationskoordination hielt Dr. Paredes vom Hospitalklinikum in Barcelona. Der Schlüssel zur spanischen Spitzenposition in der Organspenderintensität liege in der Dichte der Transplantationskoordinatoren, die er mit 5,6 PMP angab im Vergleich zu Deutschland mit weniger als 1. In Spanien gäbe es etwa 500 Koordinatoren, von denen rund 30 Prozent in Vollzeit mit Tx-Koordination betraut sind (alle in Kliniken mit Tx-Programmen), die restlichen 70 Prozent in Teilzeit (in Kliniken ohne Tx-Programm). Zudem verfüge etwa die Hälfte über mehr als fünf Jahre Erfahrung.

Nur ca. 15 Prozent der Organspender gehe aus Verkehrsunfällen hervor, die überwiegende Mehrzahl sterbe an Herz-/Kreislaufversagen und Gehirnschädigungen. Das höchste Spenderaufkommen käme aus Krankenhäusern mit neurologischen Abteilungen.³

Professor Dr. Lauchart, Geschäftsführender Arzt der DSO Baden-Württemberg, betonte

in seinem Vortrag die zentrale Rolle der Krankenhäuser, die im Bundesdurchschnitt nur zu 40 Prozent ihrer Meldepflicht im Organspendeprozess nachkommen. Entscheidend seien die Motivierung des Personals, der Einsatz eines engagierten Tx-Beauftragten, geregelte Prozessabläufe und die volle Unterstützung durch die Klinikleitung. Für Baden-Württemberg erwartete er einen wichtigen Anstoß durch das Landesdurchführungsgesetz zum Transplantationsgesetz mit klarer Definition der Aufgabe des Tx-Beauftragten.



Oberarzt Dr. P. Petersen und Sozialminister A. Renner

Im Gegensatz dazu nahm Dr. Siebig, Verbandsdirektor der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft, vehement gegen den Einsatz von Tx-Beauftragten Stellung. Er versprach sich Abhilfe bei der Organknappheit in erster Linie von der Einführung der Widerspruchslösung. Seine Argumente überzeugten die Anwesenden allerdings wenig.

Herr Zinnecker vom Dialyseverband gab einen Überblick über die Aufgaben und Verdienste der Selbsthilfeinstitutionen. Frau Riemer, Vorsitzende unseres Selbsthilfeverbandes, gab unter dem Titel „Tod auf der Warteliste – Notwendige Gegenmaßnahmen“ ein sehr engagiertes Plädoyer ab für die Eliminierung der zahlreichen Probleme, die der Organspendebereitschaft entgegenstehen und damit den Tod auf der Warteliste in viel zu vielen Fällen herbeiführe. Sie plädierte für einen Imagewandel in den Krankenhäusern, damit die Spendermeldung zu einem Qualitätsmerkmal der Versorgung werde; für die Ausräumung der vorhandenen Ängste und Bedenken gegenüber der Organspende durch Motivierung der Bevölkerung zur Information (und damit zur Enttabui-

sierung des Themas) und zur Entscheidung zu Lebzeiten; für die Ausweitung der Betreuung der Angehörigen über die Organspende hinaus, die zu einer positiven Multiplikation führen könne, da jeder Spender in der Regel mehrere Angehörige habe. Sie setzte sich für eine „Initiative Organspende und Transplantation Baden-Württemberg“ ein zur Bündelung aller Beteiligten nach dem Vorbild von Rheinland-Pfalz. Dem Beispiel von Dr. Paredes folgend schloss sie ihr Referat mit einem Bekenntnis: „Ich glaube an die Aufgabe.“

Den letzten Vortrag hielt der Minister für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg, Andreas Renner. Er erläuterte den Regierungsentwurf des Durchführungsgesetzes, der als zentrale Maßnahme den Einsatz von Tx-Beauftragten in Krankenhäusern vorsieht, wobei er von mindestens einem pro Krankenhaus mit Intensivstation sprach. Daneben sollen auch die Information des medizinischen Personals und die Öffentlichkeitsarbeit verbessert sowie die Abläufe klar geregelt werden. Er betonte, dass die Tx-Beauftragten zwar eine marginale zusätzliche Belastung der Krankenhäuser bedeuten, dass aber der Nutzen groß sei und

Organtransplantation auch Kosten spare.⁴ Mit der abschließenden Podiumsdiskussion wurde eine insgesamt sehr wichtige und gelungene Veranstaltung abgerundet. Dem Klinikum Tübingen gilt dafür unser besonderer Dank.

Ulrich R. W. Thumm

¹ PMP = per million population

² Von den 38 betrachteten Ländern praktizieren 20 die de-facto-Widerspruchslösung, während immerhin 18 die de-facto-Zustimmungslösung befolgen. Länder mit relativ guter Spenderintensität wie Spanien, Frankreich oder Italien haben zwar de iure die Widerspruchslösung, praktizieren jedoch de facto die Zustimmungslösung. Aufgrund dieser Praxis gleichen sich die Durchschnittszahlen zwischen den beiden Gruppen von Ländern einander an.

³ Siehe dazu auch den Artikel über „Professionalisierung der Organspende“ in diesem Heft, wo auf die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern mit neurochirurgischen Fachabteilungen hingewiesen wird.

⁴ Mit der Änderung des Landeskrankenhausgesetzes im Februar 2006 ist der Tx-Beauftragte nun auch in Baden-Württemberg eingeführt, s. S. 30.

Professionalisierung der Organspende

In Heft 2/2004 der „Lebenslinien“ haben wir über „Donor Action“ berichtet, einer Institution, die sich die Steigerung der Organspendebereitschaft zum Ziel gesetzt hat. Sie setzt insbesondere in den Krankenhäusern an, wo viele potenzielle Organspenden unterbleiben, weil das Personal nicht ausreichend geschult und motiviert ist und die Abläufe meist nicht auf den Organspendeprozess abgestimmt sind. Donor Action war in vielen Ländern erfolgreich tätig, bislang allerdings nicht in Deutschland. Ein Pilotprojekt, das im Jahre 2004 von der DSO Bayern geplant war, konnte leider nicht durchgeführt werden, u.a. auch aus Budgetgründen.

Der Ministerausschuss des Europarats hat am 15. Juni 2005 eine Empfehlung an die Mitgliedsländer ausgesprochen über die Rolle und Ausbildung von Fachpersonal im Dienste der Organspende, konkret: Organspendekoordinatoren.¹ Bei ihrer Empfehlung gehen die Ministerstellvertreter von dem Wunsch aus, Maßnahmen im Gesundheitswesen zwischen den verschiedenen Mitgliedstaaten gemeinsam zu gestalten, u.a. auf dem Gebiet der Organspende und -transplantation. Es wird betont, dass Organtransplantation zwar ein bewährtes und wirksames Verfahren zur Rettung von Menschenleben im Endstadium organischer Erkrankungen sei, dass aber eine allgemeine Knappheit an transplantierbaren Organen bestehe; ferner dass der komplexe Transplantationsprozess eine wirksame Organisation und Koordination von Fachpersonal im Gesundheitswesen (health care professionals) voraussetze.

In der Empfehlung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, ohne einzelne Ländererfahrungen zu zitieren, dass in einigen Mitgliedsländern durch die Schulung und den Einsatz von für Organspende verantwortlichem Fachpersonal Effizienz- und Mengensteigerungen bei der Beschaffung von Organen erzielt wurden. **Auf dieser Grundlage wird den Regierungen der Mitgliedsländer empfohlen, gezielt Personal für den Organspendeprozess („transplant donor co-ordinators“) zu schulen und einzusetzen, und zwar wie folgt:**

- In jedem Krankenhaus mit Intensivstation sollte ein Fachmann ernannt werden für die Identifizierung potenzieller postmortalen Organ- und/oder Gewebespenders. Dieser Fachmann sollte einen klar definierten Verantwortungsbereich haben, adäquat geschult sein und über ausreichende Erfahrung verfügen sowie unabhängig von den Transplantations-teams sein. Der Verantwortliche sollte über den Organspende- und Verteilungsprozess wachen und laufend mögliche Verbesserungen in die Wege leiten.
- Der Transplantationsbeauftragte sollte dem obersten Klinikmanagement verantwortlich sein ebenso wie der nationalen Institution für Organtransplantation.
- Schließlich sollte der Beauftragte bestmöglich geschult sein entsprechend anerkannter internationaler Standards, um ein Höchstmaß an Professionalität und ethischen Prinzipien im Organspende- und Verteilungsprozess zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wird auch ausdrücklich empfohlen, dass die Schulung einer nationalen oder internationalen Akkreditierung unterliegen solle.²

Spezielle Schulung von Personal und die Bereitstellung finanzieller Mittel zum flächendeckenden Einsatz solchen Personals würde der Organspende in Deutschland sicherlich zu einem deutlichen Sprung nach oben verhelfen. Die reiche Erfahrung von Donor Action und auch die Erfahrung in der Region Nord-Ost (speziell in Mecklenburg-Vorpommern) mit ihrer relativ hohen Organspende-Intensität sollten dabei sehr lehrreich sein.

Das Organspenderpotenzial in Deutschland wird auf etwa 40 Spender pro Million Einwohner geschätzt und wird somit bei einer tatsächlichen Spenderintensität von etwa 13 bei weitem nicht ausgeschöpft.³ Wesslau et al. nennen als Gründe die unzulängliche Zusammenarbeit mit Krankenhäusern mit neurochirurgischen Fachabteilungen und der unzureichenden Spenderidentifizierung in den Krankenhäusern (wobei hier die DSO eine wichtige Rolle bei der Unterstützung des krankenhauseigenen Personals zu spielen habe). Ein

Haupthindernis liegt kurzfristig auch in der hohen Ablehnungsrate durch Angehörige, nicht zuletzt aufgrund des Mangels an ausgebildetem Fachpersonal zur Führung der Angehörigengespräche nach dem Tod eines potenziellen Organspenders. Längerfristig verspricht sich Wesslau größeres Verständnis und damit höhere Spendebereitschaft von der Einführung des Themas „Organspende/-transplantation“ in die Lehrpläne der Schulen ab dem 10. Schuljahr.

Ulrich R. W. Thumm

1 Recommendation Rec (2005) 11 of the Committee of Ministers to Member States on the Role and Training of Professionals Responsible for Organ Donation (Transplant „Donor Coordinators“). Adopted by the Committee of Ministers on 15 June 2005 at the 930th Meeting of the Ministers' Deputies, abgedruckt in: Newsletter Transplant, Council of Europe 2005

2 Derartige Akkreditierung ist bei vielen akademischen Abschlüssen üblich; formelle Akkreditierung würde dem gesamten Organspendeprozess sicherlich einen entscheidenden Schub geben.

3 Zu dieser Schätzung kommt Claus Wesslau von der DSO Nord-Ost in Berlin. Siehe Claus Wesslau et al.: Kann der Süden vom Norden lernen? Regionale Analyse des Spenderaufkommens, MedReport. Nr. 35, 29. Jahrgang, Berlin, September 2005 (erschieden zur 14. Jahrestagung der DTG vom 22. bis 24. September 2005 in Rostock). Im internationalen Vergleich liegt diese Schätzung eher niedrig und ist somit als sehr konservativ anzusehen; für Frankreich und Spanien liegen die entsprechenden Schätzungen der potenziellen Organspender in der Größenordnung von 60 pro Million Einwohner.

Professionalisierung des Organspendeprozesses

Eine Empfehlung des Ministerialausschusses des Europarats¹ zielt auf die Professionalisierung des Organspendeprozesses durch einen flächendeckenden Einsatz von Transplantationsbeauftragten² in allen Krankenhäusern mit Intensivstation. Mit dem Einsatz solcher Beauftragter glauben die Minister einen wichtigen Schritt zu tun zur Steigerung der Organspende. Dabei wird ausdrücklich auf das spanische Modell verwiesen.

Nach der Empfehlung sollte dieses Spezialpersonal die geeignete Ausbildung und Erfahrung haben und unabhängig von den Transplantationsteams sein, mit klarer Verantwortung für den gesamten Prozess der Organspende innerhalb des Krankenhauses – von der Identifikation des verstorbenen Spenders bis zur Organentnahme. Die Beauftragten sollten dem obersten Klinikmanagement gegenüber sowie den nationalen Institutionen für Organtrans-

plantation verantwortlich sein. Ihre Ausbildung sollte internationalen Standards entsprechen, damit sowohl professionell als auch ethisch den höchsten Ansprüchen Genüge getan wird.

Dr. Ulrich R. W. Thumm

¹ CM (2005) 82 vom 18. Mai 2005

² Professionals responsible for organ donation transplant „donor co-ordinators“)

Organspenden – Es könnten mehr sein!

Wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft würden, könnten mehr Organspenden realisiert werden als bisher. Dies steht als Ergebnis einer Studie fest, die von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) durchgeführt wurde.

Zwischen den Jahren 2002 bis 2004 hat die DSO erstmals in Deutschland das Potenzial an Organspendern in Krankenhäusern und die Ursachen, die Organspenden verhindern, untersucht. Die Studie zeigt, dass die Zahl der potenziellen Spender* in der DSO-Organ spenderegion Nord-Ost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) und in der Region Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland) bei mindestens 40 Organspendern pro eine Million Einwohner und Jahr liegt. Wenn man bedenkt, dass der Bundesdurchschnitt im Jahr 2005 lediglich bei 15 Organspendern/Mio. Einwohner lag, wird klar, dass hier noch eine Menge Arbeit zu tun ist. Denn die Gründe für den Organmangel sind vielschichtig und müssen von vielen Seiten aus in Angriff genommen werden. „Der anhaltende Organmangel in Deutschland könnte gemindert werden, wenn dieses Potenzial genutzt würde“, unterstreicht Dr. Claus Wesslau, der Studienleiter und Geschäftsführende Arzt der Region Nord-Ost.

Die Studie: Falluntersuchungen in Krankenhäusern

Ausgewertet wurden die Daten von 1.502 Patienten, die aufgrund einer Hirnschädigung in Intensivstationen von 119 Krankenhäusern (drei Universitätskliniken, 13 Krankenhäuser mit und 103 ohne neurochirurgische Fachabteilung) verstorben sind. In 153 Fällen sprachen medizinische Gründe gegen eine Spende, bei 1.349 Verstorbenen wäre eine Organentnahme medizinisch möglich gewesen (58,6/Mio. Ein-

wohner/Jahr). Bei 409 von diesen Fällen kam es zum Kreislaufversagen während der Therapie. Somit konnten 940 potenzielle Organspender* (40,8/Mio. Einwohner/Jahr) im Untersuchungszeitraum identifiziert werden. Entsprechend dem bundesweiten Trend stieg der Anteil älterer Spender im Studienzeitraum an (Tab. A). Erwartungsgemäß identifizierten Universitätskliniken und Krankenhäuser mit neurochirurgischer Fachabteilung 79 Prozent der potenziellen Organspender.

Gründe für niedrigen Realisierungsgrad

Weniger als die Hälfte (49,9 Prozent) aller potenziellen Organspender wurden zu aktuellen Organspendern. Der Hauptgrund, der diese Konversionsrate* negativ beeinflusste, war die hohe Zahl an Ablehnungen durch Angehörige (n=365). Die Ablehnungsrate wies im Untersuchungszeitraum vor allem bei den Verstorbenen über 55 Jahre eine steigende Tendenz auf und betrug im Jahre 2004 bis zu 58 Prozent. Darüber hinaus verhinderte Kreislaufversagen während und nach Abschluss

der Hirntoddiagnostik im Untersuchungszeitraum in 92 Fällen (9,8 Prozent) der potenziellen Organspender, dass es zur Organspende kam (Tab. B).

Außerdem zeigte die Studie mögliche Verbesserungen: Die Beurteilung der Spender-eignung muss frühzeitig erfolgen und ebenso alle Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen.

Wie kann die Realisierung der Organspenden verbessert werden?

Die beiden großen Ungewissen im Organ spendeprozess sind die zur Zeit noch zu geringe Detektionsrate in den Krankenhäusern und die hohe Ablehnungsrate seitens der Angehörigen. Die Spendererkennung und -behandlung lassen sich durch eine frühzeitige Einbeziehung der DSO, durch definierte Prozessabläufe und Behandlungsalgorithmen optimieren. Die DSO und gut ausgebildete weisungsbefugte Transplantationsbeauftragte müssen gemeinsam Leitlinien erarbeiten, die durch die Krankenhausleitung verbindlich festgelegt werden. Eine direkte Unterstützung der zuständigen Länderministerien, Lan-

Tabelle A: Zahl der potenziellen Organspender der Jahre 2002–2004 aufgeschlüsselt in vier Altersgruppen in der Organ spenderegion Nord-Ost

	2002	2003	2004
< = 15 Jahre	5	18	10
16 - 54 Jahre	147	150	144
55 - 64 Jahre	60	58	66
> = 65 Jahre	81	80	121
Gesamtzahl	293	306	341

Tabelle B: Wesentliche Faktoren, die einen Einfluss auf die Anzahl der aktuellen Organspender haben, untergliedert in zwei Krankenhausgruppen in der Organspenderegion Nord-Ost

	Krankenhäuser mit Neurochirurgie			Krankenhäuser ohne Neurochirurgie		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Potenzielle Organspender						
Anzahl	232	239	272	61	67	69
Prozent	80%	78%	79%	20%	22%	21%
Ablehnungsrate (%)	35,8%	45,5%	46,2%	40,4%	42,9%	47,7%
Keislaufversagen während und nach Hirntoddiagnostik						
Anzahl	29	28	16	6	6	7
Prozent	83%	82%	70%	17%	18%	30%

Pflicht zur Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt werden. Ziel muss es sein, dass ein hoher Prozentsatz der Angehörigen potenzieller Organspender genau über den Willen des Verstorbenen hinsichtlich einer Organspende informiert ist.

* Definitionen:

- *potenzielle Organspender: Verstorbene ohne medizinische Kontraindikationen mit eingeleiteter bzw. abgeschlossener Hirntoddiagnostik*
- *aktuelle Organspender: Verstorbene ohne medizinische Kontraindikationen mit abgeschlossener Hirntoddiagnostik und vorliegender Zustimmung zur Organentnahme*
- *realisierte Organspender: aktuelle Organspender, bei denen Organe entnommen werden konnten*
- *Konversionsrate: prozentualer Anteil der aktuellen Organspender bezogen auf die Gesamtzahl der potenziellen Organspender*

Jutta Riemer

Quelle: DSO

des Krankenhausgesellschaften und Ärztekammern ist notwendig. Ausführungsge- setze der Bundesländer zur konkreten Um- setzung des Transplantationsgesetzes ha- ben sich bewährt. Um die Ängste und Unwissenheit in der Bevölkerung und somit die Ablehnungs- raten abzusenken, ist eine breit angelegte

Öffentlichkeitsarbeit unverzichtbar. Hier müssen künftig der Bund, die Länder und die Krankenkassen schlüssige, abgestimm- te Konzepte erarbeiten, die auf kontinu- erliche, flächendeckende Wirkung ausge- legt sind. Einmalige Alibi-Aktionen mit – wenn überhaupt – Kurzzeiteffekt dürfen nicht mehr als Abgeltung der gesetzlichen

Organspendezahlen und Transplantationen 2005

Erfreuliche Entwicklung – aber weit entfernt von einer Entwarnung

In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahre 2005 so viele Organe gespendet wie noch nie zuvor. Gegenüber dem Vorjahr (2004) bedeutet das eine Verbesserung um fast 13 Prozent (alle, auch später folgende Zahlen sind lt. Eurotransplant und DSO als vorläufig zu betrachten). Im Jahre 2005 wurden insgesamt 1.220 Organe gespendet. Das sind 15 Organspender auf eine Million Einwohner. 2004 waren es 13 Organspender je eine Million Einwohner.

Gleichwohl geben diese Zahlen keinen Anlass, sich nun ruhig zu- rückzulegen. Ganz im Gegenteil. Die nebenstehende Aufschlüsse- lung zeigt, dass es in einigen Regionen noch erheblichen Aufhol- bedarf gibt. In der Regel sind in den Bundesländern die Organ- spendezahlen höher, in denen das Bundestransplantationsgesetz durch eine Landesausführungsverordnung bzw. -gesetz ergänzt wird, als in den Bundesländern ohne entsprechendes Gesetz. Diese Gesetze gibt es in: Mecklenburg-Vorpommern (seit 2000), Rheinland-Pfalz (seit 1999), Hessen (seit 2000), Bayern (seit 1999), Sachsen (seit 2005) und Baden-Württemberg (seit 2006). Beim absoluten Zahlenvergleich ist aber zu erkennen, dass auch in diesen Ländern die Entwicklung unterschiedlich ist. Das erlaubt die Vermutung, dass es in einigen Bundesländern an der kon- sequenten Umsetzung mangelt. Besonders unbefriedigend ist die Entwicklung in Nordrhein-Westfalen, aber auch in Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Diese Länder sind mit 10,9 bzw. 11,5 bzw. 11,3 Organspendern je eine Million Einwohner die Schluss- lichter im Bundesvergleich.

Um den aber insgesamt positiven Trend fortschreiben zu können, bedarf es weiterhin großer gemeinsamer Anstrengungen der Po- litik, der Krankenhäuser und der Bevölkerung. Auch unser Verein beteiligt sich, verteilt über ganz Deutschland, mit verschiedenen Aktionen an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende. Allen Mit-



gliedern, die sich hier engagieren, ein herzliches Dankeschön.
Egbert Trowe

Quelle: DSO

Baden-Württemberg:

Transplantationsbeauftragte per Gesetz eingeführt

Transplantationsbeauftragte jetzt! Mit dieser Forderung gingen baden-württembergische Transplantierte am 2. Oktober 2003 auf die Straße, als der Gesetzentwurf vom damaligen Sozialminister Repnik für die Einführung von Transplantationsbeauftragten an den 140 Kliniken mit Intensivbetten im Kabinettscheiterte. Über 400 Teilnehmer protestierten mit einer Kundgebung und mit einem Zug vor den Landtag, um ihre langjährige Forderung zur Umsetzung des TPG von 1997 zu bekräftigen.

Transplantationsbeauftragte jetzt – ab 2006 in Baden-Württemberg endlich gesetzlich geregelt. Das Landesparlament verabschiedete Anfang Februar das noch unter Sozialminister Andreas Renner erneut eingebrachte und von Ministerpräsident Oettinger unterstützte Änderungsgesetz zum Krankenhausgesetz endgültig in letzter Lesung. Freilich wird es noch ein längerer Weg sein, bis dieses Gesetz in allen Kliniken umgesetzt worden ist und bis die Tx-Beauftragten nominiert und eingeführt worden sind. Und auch, bis die internen Strukturen geschaffen sind sowie das Personal ausgebildet ist.

Nicht zuletzt ist dieses Ziel durch unseren unermüdlichen Einsatz und unser ständiges Mahnen gegenüber dem Sozialministerium und politischen Gremien erreicht worden. Auch die DSO stand besonders engagiert hinter dieser Forderung.

Bei einer von der Landesärztekammer am 20. Februar 2006 in Stuttgart einberufenen Pressekonferenz gaben nun dazu die neue Sozialministerin, die Präsidentin der Ärztekammer, der Geschäftsführer der DSO, bisher bereits aktive Transplantationsbeauftragte sowie die Vorsitzende der Selbsthilfe Transplantierte ihre Statements dazu ab. Neben zahlreichen vertretenen Journalisten hatte sich auch das SWR-Fernsehen mit einem Team eingefunden, um für die Sendung BW aktuell Aufzeichnungen zu machen.

Die erst im Januar nominierte Sozialministerin, Frau Dr. Monika Stolz, betonte: „Wir müssen alles dafür tun, dass die Zahl der Organspender weiter steigt und die Menschen, die oft verzweifelt auf ein Organ warten, gerettet werden können.“ Sie verwies auch auf die in anderen Bundesländern bereits erfolgreich arbeitenden Transplantationsbeauftragten.

Die Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Ulrike Wahl, begrüßte die Gesetzesinitiative. „Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe und aller Anstrengungen wert.“ Sie forderte jedoch, dass die personellen Mehrkosten von den Kassen getragen werden.

„Wir sind überzeugt davon, dass wir durch die Benennung von Transplantationsbeauftragten in allen Kliniken eine höhere Sensibilität und Bereitschaft zur Organspende erreichen können“, sagte Prof. Dr. Werner Lauchart, Geschäftsführender Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation in der Region Baden-Württemberg. Durch ein gezieltes Ausbildungsprogramm der DSO würden die Transplantationsbeauftragten auf ihre neue Tätigkeit vorbereitet.

Die zwei bisher schon als Transplantationsbeauftragte wirkenden Ärzte, Frau Dr. Heide-Rose Bleier am Städt. Klinikum Karlsruhe und Herr Dr. Richard Spoerri an der Fürst-Sirum-Klinik in Bruchsal, berichteten aus ihrer bisherigen Arbeit und betonten besonders die Rolle des behandelnden Arztes vor einer möglichen Organentnahme.

Fotos: Josef Theiss



Die Patienten fordern eine „Initiative Organspende Baden-Württemberg“. Jutta Riemer übergibt den entsprechenden Brief an Sozialministerin Dr. Stolz.

Und schließlich kamen auch die Betroffenen zu Wort, Jutta Riemer war Sprecherin der Selbsthilfeorganisationen Organtransplantierter für Niere, Herz und Leber sowie auch im Namen aller Transplantierten und Wartepatienten. Sie erinnerte zunächst an die Notlage der vielen Wartepatienten und an die sehr belastende Situation für die Angehörigen in der Stunde des Abschiednehmens und der Entscheidung für oder gegen eine Organspende. Sie erklärte, dass die Transplantationsbetroffenen große Hoffnung in die neue Regelung setzen und auf eine schnelle, erfolgreiche Umsetzung hof-

fen. Sie versäumte nicht, den bisher schon als Transplantationsbeauftragte tätigen Ärzten für ihren Einsatz zu danken und wünschte den neu noch zu bestellenden Erfolg und Befriedigung in ihrer neuen Aufgabe. Im Anschluss an die Fragerunde übergab Jutta Riemer der Sozialministerin persönlich einen Brief, in dem die drei Patientenorganisationen wie der Verein Herztransplantation Südwest e.V., der Verband der baden-württembergischen Dialysepatienten und der Selbsthilfe Lebertransplantierter eine verstärkte Aufklärung im Rahmen einer „Initiative Organspende“ etwa nach

dem Vorbild von Rheinland-Pfalz vorschlagen. Denn auch die immer noch zu hohe Zahl der eine Organentnahme ablehnenden Angehörigen – es sind über 50 % – kann nur durch eine breite, flächendeckende und permanente Öffentlichkeitsarbeit verringert werden.

„Baden-Württemberg: Wir können alles – jetzt auch Organspende!“ So könnte ein neuer guter Slogan des Landes lauten, der allen Wartenden auf ein Organ neue Hoffnung gibt.

Josef Theiss



Pressekonferenz zur gesetzlichen Einführung von Transplantationsbeauftragten in Baden-Württemberg.

Ehefrau erhält eine Niere ihres verstorbenen Mannes

Gesetzeswidrig oder vernünftige Lösung eines Dilemmas?

Im Januar 2006 geriet eine Nierentransplantation in Berlin ins Kreuzfeuer der Meinungen. Was war geschehen? Es war bei einem Mann in Berlin der Hirntod festgestellt worden. Die medizinischen Voraussetzungen für Organspende waren gegeben. Bis dahin kein ungewöhnlicher Vorgang.

Die Familie des Verstorbenen wollte aber nur einer Organentnahme zustimmen, wenn die Ehefrau – seit fünf Jahren auf der Warteliste zu einer Nierentransplantation – eine der Nieren des verstorbenen Ehemannes erhält.

„Das Transplantationsgesetz kennt keine auf ein bestimmte Personen gerichtete postmortale Organspende. In diesem sehr ungewöhnlichen Fall liegt aber die Ausnahme des rechtfertigenden Notstandes vor, weil es um das Leben der Ehefrau und weiterer möglicher Organempfänger ging,

denn sonst hätte niemand ein lebensretzendes Organ erhalten“, so Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber, Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der BÄK, Berlin. So wurden in Absprache mit Eurotransplant die weiteren Organe über ET vermittelt und die Frau erhielt die Niere ihres verstorbenen Mannes. Dieser hatte wohl schon zu Lebzeiten eine Spende angeboten. Die Frau hatte sie aber aus Sorge um ihn abgelehnt.

Eine andere Meinung dazu war im Tagespiegel zu lesen: Hier wird Jochen Taupitz, Experte für Medizinrecht an der Universität Mannheim, zitiert: „Wenn Organe von hirntoten Spendern an der Warteliste vorbei zielgerichtet an bestimmte Personen vergeben werden, ist das ein klarer Verstoß gegen die Regeln.“

Derzeit entbehrt diese Nierenspende der rechtlichen Grundlage, denn Organvertei-

lungskriterien sind laut Transplantationsgesetz nur Dringlichkeit, Wartezeit und Aussicht auf Erfolg. Eine soziale Komponente (wie z.B. Verwandtschaft oder persönliche Nähe) ist hier ausdrücklich nicht vorgesehen. Diese haben nur Gültigkeit für den Fall der Lebendorganspende. An diesem Fall wird deutlich, dass ein Gesetz vorab nicht alle Sonderfälle berücksichtigen kann, Nachbesserungen erforderlich sein können und auch individuelle Entscheidungen der Mediziner und Gremien aufgrund allgemeiner Rechtsgrundlagen getroffen werden müssen.

Zurzeit entwickelt eine Arbeitsgruppe der Ständigen Kommissionen Vorschläge für eine allgemeine rechtliche Regelung für solche Fälle.

Jutta Riemer

Quellen: DSO, Der Tagespiegel v. 8.2.2006

Ethik der Organspende und -vermittlung

In Heft 1/2006 der „Lebenslinien“ hat Professor Beckmann angesichts der akuten Knappheit von Spenderorganen eine unbedingte **ethische Pflicht jedes Einzelnen zur Entscheidung zu Lebzeiten über die Organspendebereitschaft** begründet. Er ging nicht so weit, eine Pflicht zur postmortalen Spende zu postulieren bzw. eine Pflicht, die Nichtbereitschaft zu rechtfertigen, und er hat ausdrücklich eine derartige Pflicht zur Lebendspende abgelehnt angesichts der gesundheitlichen Risiken für den Spender.

Mit den strengen Regeln des Transplantationsgesetzes, insbesondere auch zur Lebendspende, besteht in Deutschland gegenwärtig kaum ein Risiko zur Aufweichung der ethischen Standards. In USA ist es jedoch legal, am strikt geregelten Organvermittlungsprozess durch OPTN/UNOS¹ vorbei, Organe zu erbitten und auch Organe anzubieten – sowohl in gänzlich anonymer Form als auch bezogen auf bekannte Spender und Empfänger. Darüber hat Ulrich Kraus in Ausgabe 1/2005 von „Lebenslinien Aktuell“ berichtet und in einem Kommentar auf die Problematik hingewiesen und die **Einhaltung der gegenwärtigen Normen des deutschen Transplantationsgesetzes postuliert**.

In USA hat sich die Transplantations-Landschaft in den letzten Jahren entscheidend verändert aufgrund der inzwischen sehr guten Erfolgschancen bei Organtransplantation und Organlebendspende. Gegenwärtig stammt die Hälfte der transplantierten Nieren von Lebendspendern; bei Lebern hat die Lebendspendebereitschaft nach dem Tod eines Lebendspenders in New York im Jahre 2002 einen deutlichen Dämpfer erfahren, so dass gegenwärtig nur ein geringer Teil der transplantierten Lebern von Lebendspendern kommt. Die Zulässigkeit von „Werbung“, d.h. von Erbiten und Anbieten von Organen über Medien (Internet, Zeitungsanzeigen, Plakate u.ä.), hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass in zunehmendem Maße die Organverteilung von anderen als den etablierten Regeln des offiziellen Organbeschaffungs- und -verteilungsprozesses bestimmt wird. In den meisten Fällen be-

zieht sich die „Werbung“ auf Lebendspenden; es gibt aber auch Fälle von „gelenkten“ oder „gezielten“ postmortalen Spenden außerhalb der offiziellen Verteilungsrichtlinien. Die sich daraus ergebenden ethischen Probleme wurden vor kurzem in einer Serie von Artikeln im New England Journal of Medicine diskutiert.²

Im Lebendspendeprozess sind in USA drei Möglichkeiten offen:

- die gezielte Spende zugunsten einer engverbundenen Person (der einzig zulässige Fall nach deutschem Recht);
- die Spende in das allgemeine Organspendeaufkommen und damit automatisch (aufgrund der UNOS-Regeln) zugunsten des Patienten mit der höchsten Dringlichkeitsstufe; und
- die gelenkte Spende zugunsten einer dem Spender nicht persönlich bekannten Person.

In dem letzten Fall spielt dann die o.g. „Werbung“ eine direkte Rolle, da der „unbekannte Empfänger“ die Dringlichkeit seiner Organtransplantation öffentlich bekannt macht, meist in Form einer eingängigen und sehr emotionalen Geschichte. Letzteres ist auch möglich für die postmortale Spende. Sämtliche Vorgehensweisen werfen unterschiedliche ethische Probleme auf. Die dritte Form ist allerdings die problematischste.

Bei dieser Form ist es nicht nur möglich, dass sogar das auch in USA geltende gesetzliche Verbot pekuniären Entgelts für die Organspende verletzt wird, sondern insbesondere die Allokationsregeln untergraben werden und ein weniger dringlicher Empfänger Vorrang erhält. Dies ist noch flagranter im Falle einer gelenkten postmortalen Spende, wie sie sich im August 2004 zugetragen hat. Damals hatte ein 32-jähriger Empfänger in Houston eine Leber eines verstorbenen Spenders bekommen, nachdem seine Geschichte weit verbreitet worden war über verschiedene Medienkanäle, u.a. über www.toddneedsaliver.com. Der Empfänger verstarb acht Monate nach der Transplantation im April 2005. Seine Kampagne zu seinen eigenen Gunsten könnte zwar zu einer Organspen-

de geführt haben, die sonst nicht gemacht worden wäre; sie könnte aber auch zur Verhinderung der Zuteilung an einen Empfänger mit größerer Dringlichkeit und langfristig besserer Überlebenschance geführt haben.

Auch die Form der in Deutschland zulässigen Lebendspende zwischen Verwandten kann äußerst problematisch sein. Geschildert wird ein Fall, der sich vor 25 Jahren ereignete, als ein Teenager mit Nierenerkrankung im Endstadium von seiner damals 40-jährigen Mutter eine Niere bekam. Der Empfänger verstarb wenige Jahre danach trotz Transplantation. Obwohl die Spenderin zum Zeitpunkt der Spende als gesund galt, hat sie nach der Lebendspende Diabetes entwickelt, die mit Insulin behandelt werden musste. Daraus ergaben sich verschiedene Komplikationen, die schließlich auch zu Nierenerkrankung im Endstadium führte; die Frau verstarb dann an einem Herzinfarkt. Diese Frau war zwar bis zu ihrem Tod davon überzeugt, dass ihre Lebendspende trotz all ihrer gesundheitlichen Probleme „lohnend“ gewesen sei, problematisch ist sie doch.

NB: Wie erwähnt, wäre der zuletzt geschilderte Fall natürlich auch in Deutschland denkbar, doch der andere Fall und die in USA legal möglichen sonstigen Fälle der durch „Werbung“ verzerrten Organallokation sollten durch die strikte Beachtung der im deutschen Transplantationsgesetz vorgesehenen Regeln unbedingt vermieden werden.

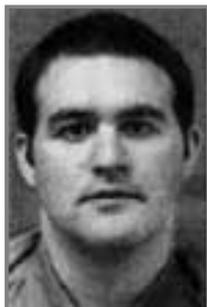
Ulrich R. W. Thumm

¹ OPTN = *Organ Procurement and Transplantation Network*; UNOS = *United Network for Organ Sharing*

² Robert Steinbrook: *Public Solicitation of Organ Donors*; Robert D. Truog: *The Ethics of Organ Donation by Living Donors*; Julie R. Ingelfinger: *Risks and Benefits to the Living Donor*. *N Engl J Med* 353; 5, August 4, 2005, pp. 441–449

Anonymität der postmortalen Organspende?

In Deutschland gilt aufgrund des Transplantationsgesetzes, dass bei postmortaler Organspende der Spender anonym bleibt. Damit kann ein Empfänger seine Dankbarkeit den Angehörigen des Spenders nur indirekt zum Ausdruck bringen. Gleiches gilt grundsätzlich auch in anderen Ländern. Ist dies aber immer hilfreich – für den Organempfänger oder auch für die Angehörigen des verstorbenen Spenders? Falls vom Empfänger und den Angehörigen gewünscht, sollte es nicht auch möglich sein, die Anonymität aufzuheben? Am 11. Oktober 2005 berichtete die Washington Post über einen Fall, bei dem die Anonymität durch einen Zufall durchbrochen wurde – zur großen Freude der Organempfängerin und der Angehörigen des toten Spenders, eines Polizisten in Washington, DC. Der junge Polizist, James Craig McBride, starb beim Fahrradtraining aufgrund zu hohen Wasserkonsums, der zu einem Salzungleichgewicht im Blut und schließlich zu



Polizei-Bezirkswachtmeister James Craig McBride starb nach Trainingsfahrt auf dem Fahrrad.

einer massiven Gehirnschwellung führte, die dann tödlich verlief. Die Nachricht von seinem Tod verbreitete sich wegen seiner Beliebtheit sehr rasch innerhalb der Polizeiverwaltung. Dort arbeitete eine junge Frau, Kimberly Taylor, deren Tante, Annetor Murphy, seit langem auf eine Leber wartete. Kimberly Taylor erfuhr, dass ihre Tante nun endlich die ersehnte Leber bekommen würde, und zwar von einem Spender, der gerade

im Washington Hospital Center verstorben sei – eben da, wo ihr Kollege eingeliefert worden war. Sie kombinierte rasch und schloss, dass die Leber ihres Kollegen wohl das Leben ihrer Tante retten würde.

Inzwischen waren auch die Eltern des verstorbenen Organspenders aus Boston in Washington eingetroffen. Kimberly Taylor war so bewegt, dass sie unbedingt die Eltern McBride sehen, ihnen ihr Mitgefühl aussprechen und gleichzeitig danken wollte im Namen ihrer Tante. Alle Beteiligten weinten zusammen und fanden Trost im

gegenseitigen Kennenlernen. Nachdem Annetor Murphy nach langwieriger Erholung in der Lage war zu reisen, machte sie sich in Begleitung ihrer Nichte auf nach Boston, um das Ehepaar McBride zu besuchen und ihnen zu sagen: „Your son lives on.“

Vielleicht sollten solche Fälle auch in Deutschland möglich sein. Vielleicht würde dies auch die Organspende-Bereitschaft erhöhen?

Ulrich R. W. Thumm

Hinweis der Redaktion: Jeder Organempfänger kann aber trotz der in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen Anonymität den Angehörigen seines Organspenders/ seiner Organspenderin danken: Schreiben Sie einen anonymen Brief an die Angehörigen, nennen Sie keinen Namen, Ort oder andere persönliche Daten, die zu Rückschlüssen auf Ihre Person führen können und leiten Sie den Brief über den zuständigen DSO-Koordinator an die Angehörigen weiter. Die zuständige Person erfahren Sie in Ihrem Transplantationszentrum. Viele Angehörige würden sich über eine solche Anerkennung freuen.

Foto von McBride aus Washington Post, 11/10/05

Anmerkungen zu Seite 23

- 1 Michael McCarthy: Critics slam draft WHO report on homeopathy, *The Lancet*, Vol. 366, August 27, 2005, pp. 705–706
- 2 Matthias Egger, Aijing Shang et al.: Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy, *The Lancet*, Vol. 366, August 27, 2005, pp. 726–732
- 3 Als Metaanalyse wird eine Untersuchung bezeichnet, die Ergebnisse bereits vorhandener Studien, nach sorgfältiger Überprüfung von deren Qualität und Vergleichbarkeit, einer Gesamtanalyse unterzieht. Auf diese Weise werden Ergebnisse einer neuen Qualität erzielt, basierend auf einer wesentlich größeren Zahl von Beobachtungen als im Falle jeder einzelnen Studie.

- 4 Beinahe als Überraschung muss erscheinen, dass die Autoren unter den homöopathischen Versuchen 19 Prozent als „wissenschaftlich strenger“ eingestuft haben, dagegen nur 8 Prozent unter den allopathischen Versuchen.
- 5 Reinhard Wandtner: Nur Schein? Homöopathie offenbar nicht wirksamer als Placebo, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 31. August 2005; Jan P. Vandenbroucke: Homeopathy and „the growth of truth“, *The Lancet*, Vol. 366, pp. 691–692
- 6 Cynthia Levy et al.: Use of Herbal Supplements for Chronic Liver Disease, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, Nov. 2, 2004 (11), pp. 947–956

- 7 Siehe John A. Parrish: Immunosuppression, Skin Cancer, and Ultraviolet A Radiation, *N Engl J Med* 353; 25, Dec. 22, 2005, pp. 2712–2713
- 8 Siehe dazu Lebenslinien 1/2006, S. 21 f
- 9 Glen S. Markowitz, Vivette D. D'Agati et al.: Acute Phosphate Nephropathy following Oral Sodium Phosphate Bowel Purgative: An Underrecognized Cause of Chronic Renal Failure, *Journal of the American Society of Nephrology (JASN)* 16 (2005), pp. 3389–3396, August 5, 2005, pp. 487–495
- 10 Lars Osterberg, Terence Blaschke: Adherence to Medication, *N Engl J Med* 353; 5, August 4, 2005, pp. 487–495
- 11 In Klammern jeweils Mittelwert plus/minus eine Standardabweichung

„Ich bin für Organspende“

... erklärt Landesbischöfin Margot Kässmann im ZDF-Interview am 30.1.2006. Auf die konkrete Frage der Ärzte nach einer Zustimmung zur Organspende gäbe es keine schnelle, einfache Antwort. Die Trauer müsse ernst genommen werden. Die Zeit des Abschiednehmens ist wichtig. Die Landesbischöfin empfiehlt die Würde des Sterbenden ernst zu nehmen und gleichzeitig an die Möglichkeit zum Leben für Andere zu denken.

„Ich bin für Organspende“ sagt sie ganz klar und sie persönlich hat in ihrem Ausweis angekreuzt, dass alle Organe entnommen werden dürfen. Wem das Herz oder die Augen fehlen, habe keine Defizite als Mensch vor Gott. Der Mensch ist bei Gott nach dem Tode geborgen und angenommen, auch wenn ihm aus anderen Gründen z.B. schon zu Lebzeiten Fähigkeiten oder Körperteile fehlten.

Frau Kässmann fordert klar auf, sich zu Lebzeiten mit dem Thema Organspende Ja oder Nein zu befassen, die Entscheidung in einem Organspendeausweis zu dokumentieren, um den Angehörigen im Ernstfall die Entscheidung zu erleichtern.

Jutta Riemer

Werbung für Organspende

Foto: Martin Kalus, Stuttgart



Aufgenommen am Highway zwischen Memphis, Tennessee und St. Louis, Missouri.



Foto: privat

Hauptamtlicher Transplantationsbeauftragter in Tübingen ernannt

Foto: privat



Als leitenden Transplantationsbeauftragten hat das Universitätsklinikum Tübingen Herrn OA Dr. med. Peter Petersen auf eine eigens dafür vom Vorstand geschaffene Stelle berufen. Er und sein Stellvertreter Herr Dr. Reimer Riessen sind dafür verantwortlich, dass das Klinikum seinen Pflichten bezüglich der Spendermeldungen laut § 11 des Transplantationsgesetzes sowie § 30 b des im Februar geänderten Landeskrankenausgesetzes nachkommt. Ihre Aufgabe ist es, das medizinische Personal zum Thema Organspende zu informieren und Verantwortlichkeiten und Handlungsabläufe festzulegen, die den Spendeprozess von der Erkennung eines potenziellen Spenders bis zum Gespräch mit den Angehörigen optimieren. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit den Intensivstationen im Hause besonders wichtig. Ebenso soll der Beauftragte mit den Krankenhäusern der Region eine enge Zusammenarbeit mit dem Ziel der Verbesserung der Spendermeldungen aufbauen. Dabei steht die Aufklärung der Öffentlichkeit sowohl inner- als auch außerhalb des Gesundheitsbereichs im Aufgabenkatalog, so z.B. regelmäßige Informationsveranstaltungen in allgemeinbildenden und Krankenpflegeschulen, den peripheren Krankenhäusern und andere Aktivitäten zur Förderung der Organspende, die zusammen mit den zuständigen Institutionen und den Patientenverbänden durchgeführt werden. Die Einsetzung eines hauptamtlichen Transplantationsbeauftragten ist ein Novum und ein richtiger Schritt in Richtung Anerkennung der Organspende als Teil des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser.

Wir Patienten wünschen uns, dass dieses Beispiel Schule macht und wünschen Herrn Dr. Petersen für seine Tätigkeit viel Erfolg.

Jutta Riemer

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

Selbsthilfe
Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter
der gebührenfreien Rufnummer 0800/90 40 400.

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes



Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Selbsthilfe
Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Organspende
schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter
der gebührenfreien Rufnummer 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**

Die Welt mit anderem Herzen sehen



Organspende geht jeden an, Jugendliche wie Erwachsene. Es spricht deshalb vieles dafür, sich bereits in der Schule mit dem Thema zu beschäftigen. Um die Jugendlichen zu erreichen und anzusprechen, werden zielgruppengerechte Unterrichtsmaterialien angeboten, die im Ethik-, Kunst- oder Biologieunterricht in der Oberstufe eingesetzt werden können. Die DSO hat ein Unterrichtspaket verfasst. Mit diesem soll den Jugendlichen eine Entscheidungshilfe zur Organspende an die Hand gegeben werden, die vor dem Hintergrund einer ganzen Bandbreite von Entscheidungsmöglichkeiten Orientierung und Information vermitteln soll. Organspende ist eine individuelle Entscheidung, die bewusst und informiert getroffen werden muss. Dabei werden nicht nur medizinische Hintergründe und Zahlen zur Organspende präsentiert – es kommen auch betroffene Jugendliche und Erwachsene zu Wort und Prominente erklären, warum sie sich für Organspende engagieren. Das Unterrichtsmaterial besteht je aus einem speziellen Lehrer- und Schüler-Informationsteil. Der Teil für Lehrer bietet Hintergrundinformationen, didaktische Anregungen und einen Foliensatz für den Einsatz im Unterricht. Die Schüler-Informationen bestehen aus zielgruppengerecht aufbereiteten Berichten von Betroffenen sowie von Prominenten wie dem Schauspieler Jürgen Vogel, die sich für das Thema Organspende engagieren. Ergänzt wird die Broschüre um einen Fragebogen für Lehrer, in dem diese die Unterrichtsmaterialien bewerten können. Das Material steht unter www.dso.de zum Download zur Verfügung.

Quelle: DSO

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/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Wohnort

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

Datum

Unterschrift



Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Wohnort

Platz für 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

Auswirkungen des DRG-Systems auf die Finanzierung der Hochleistungsmedizin am Beispiel der Lebertransplantation

Veränderte Rahmenbedingungen

Krankenhäuser stehen heute in einem erheblichen Umstrukturierungsprozess. Dieser Prozess ist eine Folge der sich immer rascher ändernden demographischen, wissenschaftlichen, technologischen sowie nicht zuletzt ökonomischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Strukturen, Verantwortlichkeiten und Prozesse der Institution Krankenhaus verändern sich aktuell vor allem unter einem zunehmenden Kosten- und Leistungsdruck. Die Forderung nach einer immer weitergehenden Leistungs-Effizienz der Krankenhäuser resultiert letztlich aus der zunehmenden Verknappung der öffentlichen finanziellen Mittel bei gleichzeitiger Bedarfs- und Leistungssteigerung sowie auch einer zunehmend kostenintensiven Leistungs-differenzierung der medizinischen Behandlungsformen.

Effizienzsteigerung ist die einzige Alternative zu bzw. die letzte Handlungsstufe vor einer Rationierung der Leistungen. Historisch gesehen wurde die Behandlung stationärer Patienten in chirurgischen Krankenhäusern in Deutschland auf der Grundlage von Krankenhaustagegeld abgerechnet. Krankenhäuser erhielten für jeden Behandlungstag eine vorbestimmte Pauschale, welche die Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Krankenpflege abdeckte. Spezielle medizinische Leistungen (Wahlleistungen) wurden gesondert über das pauschale Krankenhaustagegeld hinausgehend abgerechnet. Die Höhe der rückwirkenden Erstattung beruhte auf allen angefallenen Kosten, insbesondere der Dauer des Krankenhausaufenthalts.

DRG¹

Mittlerweile richtet sich die Erstattung nach gesetzlich festgelegten Fallpauschalen, die alle Einzelmaßnahmen im Zusammenhang mit einem Behandlungsfall abdecken. Um den sogenannten „Fall-Mix“ in einer Klinik gut abbilden zu können, werden komplexe Fallgruppensysteme bzw. Krankheitsklassifikationen verwendet.

Dabei wird die Einzigartigkeit eines Falles, die sich aufgrund von persönlichen Parametern ergibt, nicht in Frage gestellt. Gleichzeitig wird aber angenommen, dass gewisse Ähnlichkeiten bei allen Patienten einer bestimmten Gruppe auftreten, welche eine Einordnung hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs in homogene Gruppen zulassen. Schon heute beeinflusst die Leistungserfassung, Dokumentation und Codierung nach den DRG-Kriterien den Arbeitsalltag aller Berufsgruppen im Krankenhaus in erheblichem Umfang.

Das aktuelle deutsche DRG-System, das jährlich durch eine unabhängige nationale Stelle (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) revidiert wird, ist noch sehr unausgereift und erklärt bei weitem nicht alle Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Kliniken. Die Schwankungsbreite der Kosten innerhalb einzelner Fallpauschalen beträgt aktuell noch bis zu 50 Prozent. Der Mangel an Kostenträgerrechnungssystemen hat dazu geführt, dass gegenwärtige DRG-Erlöse überwiegend auf Verrechnungsschlüsseln nicht direkt zuordnungsfähiger (indirekter) Kosten basieren. Es resultierten Kompressionseffekte: Komplizierte Leistungen werden tendenziell unterbewertet, einfache Leistungen werden eher überbewertet. Eine besonders inadäquate Kostenabbildung findet sich gegenwärtig in der Hochleistungsmedizin, wie z.B. der Intensivmedizin, bei Langliegern mit Schwersterkrankungen oder in der Transplantationsmedizin. Durch die inhomogene Berechnungsgrundlage der klinischen Leistungen besteht neben dem allgemeinen Kostendruck für Kliniken heute durch inadäquate Erlöse eine zusätzliche finanzielle Defizit-Gefahr, der nur sehr schwer entgegengesteuert werden kann.



Dr. med. Evgeniy Palchyk

Beispiel Lebertransplantation

Die orthotope Lebertransplantation (OLT) ist eine besonders komplexe, interdisziplinäre und potenziell auch äußerst teure Therapieform. OLT-Kosten können im individuellen Fall stark variieren. Sie hängen vom allgemeinen Gesundheitsstatus des Patienten, dem Grad der Leberfunktionsstörungen vor

Transplantation und weiteren Faktoren ab. Die Transfusion von Blutprodukten, Applikation von immunsuppressiven Medikamenten, Anwendung der Antibiotika und Hepatitis-B-Prophylaxe sind besonders kostenintensive Faktoren.

Exemplarisch für die hohen Kostenschwankungen nach OLT seien hier die Kosten eines Kollektivs von 38 an der Universitätsklinik Heidelberg lebertransplantierten Patienten dargestellt (Kosten aller klinisch-relevanten therapeutischen und diagnostischen Verfahren, Laboruntersuchungen, Medikamente, Materialien und allgemeine Kosten der Infrastruktur). Die Kostendaten wurden dem Informationssystem des Krankenhausnetzwerks entnommen. Kosten der Verfahren, Produkte und Arbeitsstunden des Personals wurden standardisierten Preislisten entnommen. Endpunkt der Kostenaggregation pro Fall war die Entlassung aus der akuten Behandlung in eine Einrichtung der tertiären Versorgungsstufe oder nach Hause. Kosten eines Krankenhausaufenthalts vor dem Eingriff wurden nicht berücksichtigt. Die addierten Kosten wurden in 20 vordefinierte Kostenintervalle (Kostengruppen) eingeteilt.

Die Kosten der OLT zeigten eine große Varianz und rangierten von EUR 18.000 bis maximal EUR 189.000 pro Fall (Gesamtkosten kalkuliert bis zur Patientenverlegung in sekundäre Pflege-Einrichtungen oder Entlassung in ambulante Weiterbe-

Abb. 1: Kosten der OLT bei 38 Patienten, geordnet nach Kostenvolumen.

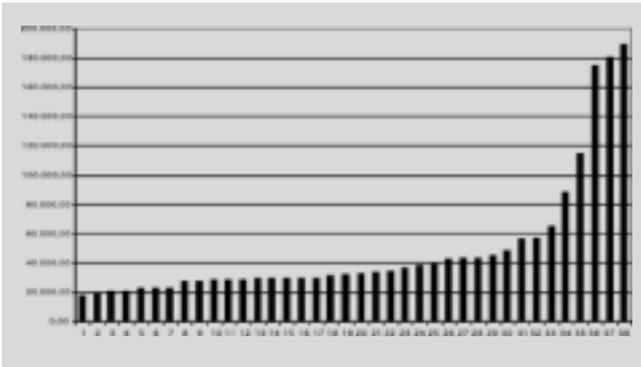
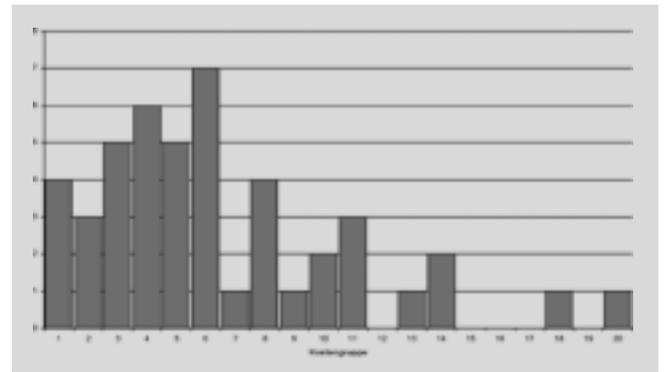


Abb. 2: Exemplarische links-schiefe, asymmetrische Kostenverteilung der OLT bei 31 Patienten mit DRG-A01-C

1 DRG = Diagnosis Related Groups = Diagnosebezogene Kostengruppierungen



Kostengruppen

DRG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A01A	70.385,00 €	79.398,00 €	88.411,00 €	97.424,00 €	106.437,00 €	115.450,00 €	124.463,00 €	133.476,00 €	142.489,00 €	151.502,00 €
A01B	32.744,00 €	37.185,00 €	41.627,00 €	46.068,00 €	50.509,00 €	54.951,00 €	59.392,00 €	63.833,00 €	68.275,00 €	72.716,00 €
A01C	21.530,00 €	25.051,00 €	28.567,00 €	32.081,00 €	35.595,00 €	39.109,00 €	42.624,00 €	46.138,00 €	49.652,00 €	53.166,00 €
DRG	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A01A	160.515,00 €	168.528,00 €	176.541,00 €	184.554,00 €	192.567,00 €	200.580,00 €	208.593,00 €	216.606,00 €	224.619,00 €	232.632,00 €
A01B	77.157,00 €	81.598,00 €	86.040,00 €	90.481,00 €	94.923,00 €	99.364,00 €	103.805,00 €	108.247,00 €	112.688,00 €	117.129,00 €
A01C	56.680,00 €	60.194,00 €	63.708,00 €	67.223,00 €	70.737,00 €	74.251,00 €	77.765,00 €	81.279,00 €	84.793,00 €	88.307,00 €

handlung). Den größten Kostenanteil verursachten direkte Arbeitskosten (43 Prozent der Gesamtkosten). Kosten für Arzneimittel lagen bei durchschnittlich 25 Prozent, für Materialien bei 16 Prozent, und Infrastrukturkosten bei 4 Prozent. Die Kostenverteilung ist in Abb. 1 dargestellt. Um die Homogenisierung der Kosten innerhalb der DRG zu verbessern, sind im deutschen System drei DRG-Splits für OLT definiert (A01A, A01B, A01C). Die meisten Patienten können der DRG-A01C zugeordnet werden (keine akute Abstoßung, keine langfristige Beatmungstherapie). Die Kosten nach OLT im Gesamtkollektiv sind statistisch nicht normal verteilt. Es findet sich eine asymmetrische, links-schiefe Kostenverteilung (Abb. 2). Eine solche asymmetrische Kosten-Verteilung ist auch für andere große viszeralchirurgische Operationen typisch. Es wird bei der Darstellung ebenfalls deutlich, dass für die Mehrzahl der Patienten eine OLT durchaus auch mit vergleichsweise geringen Kosten in einem sehr erfahrenen Zentrum realisiert werden kann. Es ist zu erwarten, dass die Effizienz der OLT durch verbesserte therapeutische Prozesse, insbesondere durch bessere zeitliche Koordination von Indikation und Organbereitstellung, zukünftig optimiert werden kann.

Kostenheterogenität wird jedoch in Zukunft höchstwahrscheinlich fortbestehen.

Konsequenzen des DRG-Systems

Was sind die Auswirkungen und zu erwägende Konsequenzen aus diesen Analysen des DRG-Systems für die Finanzierung der Lebertransplantation? Es erscheint unter Kostenaspekten erforderlich, dass eine Mindestanzahl von Transplantationen in einem Zentrum durchgeführt wird, um (statistisch gesehen) finanzielle Ausgleichsmöglichkeiten für einzelne, mit extremen Kosten verbundene Fälle zu sichern. Chirurgische Zentren mit einem kleinen OLT-Programm tragen ein erheblich größeres Risiko der finanziellen Überlastung. Dies stellt ein wichtiges Argument in der gegenwärtigen politischen Diskussion um Mindestmengen in der Chirurgie bei komplexen Eingriffen dar. Aber auch große Transplantationsprogramme werden es bei der Dimension der hier nachgewiesenen Kosten-Asymmetrie oft nicht schaffen, eine Kostendeckung zu erzielen. Durch weitere Split-Kriterien mag eine gewisse Verbesserung der Vergütung erzielbar sein. Eine potenzielle Lösung wird jedoch von vielen Experten nur in der zukünftigen Bereitstellung von gesonderten Ausgleichsvergütungszahlungen gesehen, die bei ex-

tremer Kosten-Ausreißer-Fällen abgerufen werden könnten. Bis dahin arbeitet die Deutsche Transplantationsgesellschaft in Kooperation mit dem InEK an einer verbesserten Kostendatenbasis nach OLT. Für 2005 hat diese Kooperation für die Transplantationszentren zumindest etwas verbesserte Erlöse ergeben (1).

*Dr. med. Evgeniy Palchyk
Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
Krankenhaus Nordwest GmbH Frankfurt a.M.*

*1 Langrehr JM, Hölzel D, Billing A, Kraus T, Lück R, Fangmann J, Krämer B, Lohmann R
Das DRG-Projekt der Deutschen Transplantationsgesellschaft. Transplantationsmedizin (2005) 17: 88–100*

Qualitätssicherung im Krankenhaus¹

In Heft 1/2006 und 1/2005 gaben wir jeweils eine Übersicht über die Ltx-Zentren und die durchschnittliche Zahl der Transplantationen nach postmortalen Spenden. Dabei warfen wir u.a. die Frage auf, inwieweit Quantität auch Qualität bedingt. Wir haben dazu auch die Empfehlungen des Ministerausschusses des Europarats zitiert. Im folgenden Artikel gehen wir etwas näher auf die Frage der Qualitätssicherung ein.

Das 5. Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) handelt von der gesetzlichen Krankenversicherung. Im dritten Abschnitt (ab § 107) werden die Beziehungen zu den Krankenhäusern geregelt; darin wird auch die Verpflichtung zur Qualitätssicherung (§§ 135a und 137) festgehalten. Auf dieser gesetzlichen Grundlage ist seit 1. Januar 2004 die Beschlusskompetenz zur Qualitätssicherung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)² angesiedelt, der seinerseits die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gGmbH³ mit der Qualitätssicherung in allen deutschen Krankenhäusern beauftragt hat.

Die BQS ist seit einigen Jahren tätig und hat nach international üblichen Standards Kriterien und Messverfahren entwickelt, die geeignet sind, „Qualität im Gesundheits-

wesen für Patienten und Akteure sichtbar zu machen“ (so die BQS über sich selbst auf ihrer web site). Die BQS hat eine Vielzahl von Leistungsbereichen (z.B. hüftgelenksnahe Femurfraktur) definiert, für die Qualität gemessen wird aufgrund anerkannter Kriterien; dafür bürgen die einschlägige internationale Literatur und Gremien mit Vertretern aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens (einschließlich Patienten-, Krankenkassen- und Krankenhausvertretern sowie renommierten Universitäts-Professoren für die jeweiligen Leistungsbereiche). Die BQS erstellt jährliche Berichte über die Ergebnisse der „externen vergleichenden Qualitätssicherung“. Ergebnisse (z.B. Sterberaten in den Kliniken nach Herztransplantation) werden veröffentlicht und, sofern außerhalb bestimmter Referenzbereiche gelegen, analysiert als Grundlage für eine breitere, öffentliche Diskussion. Durch dieses Verfahren erhalten auch die Krankenhäuser Rückmeldungen über die Qualität ihrer Leistungen.

Ab 1. Januar 2006 sollen auch Nieren- und Lebertransplantationen (nach postmortalen und nach Lebendspende) in die Qualitätsmessungen einbezogen werden. Ergebnisse sind allerdings wohl erst im Laufe

des Jahres 2007 zu erwarten. Wir dürfen darauf gespannt sein.

Ulrich R. W. Thumm

¹ Der Bericht stützt sich auf Information der BQS im Internet (www.bqs-online.de und www.bqs-qualitätsindikatoren.de) sowie einen Artikel von F. Thölen und Volker D. Mohr: Aktuelle Entwicklung und Sinnhaftigkeit der Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin: Warum BQS? Der in „Current congress“ auf der 14. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft in Rostock (22.–24.9.2005) erschien.

² Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gebildet von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen (SGB V, § 91). Es wird im Gesetz auch ausdrücklich festgestellt, dass der Bundesausschuss rechtsfähig ist; dies ist sicherlich für die weitreichenden, ihm per Gesetz obliegenden Aufgaben wichtig, insbesondere auch bei der hier diskutierten Qualitätssicherung.

³ Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Diese Rechtsform wird häufig für Körperschaften gewählt, die nicht (oder nicht primär) nach Gewinn streben. Eine gGmbH kommt in den Genuss einer geringeren Steuerbelastung.

Die neue Gesundheitskarte

Wer von unseren Mitgliedern gesetzlich krankenversichert ist, kennt die Versichertenkarte – sie wird bei jedem Arztbesuch von der Arzthelferin eingelesen und unterstützt die Abrechnung des Arztes. Diese Versichertenkarte wird ab 2006 schrittweise (erst in Modellregionen) durch die „Gesundheitskarte“ ersetzt werden. Man könnte sagen, dass die neue Karte eine elektronisch ausbaute Variante der alten Karte ist. Gleichzeitig dient sie aber auch einem vereinfachten elektronischen „Umgang“ mit den Bürgern, da die Bundesregierung plant, die Gesundheitskarte, den digitalen Personalausweis, das Job-Card-Verfahren und die elektronische Steuererklärung eng aufeinander abzustimmen. Informationen über die Gesundheitskarte habe ich nur aus dem Internet erhalten – meine örtliche Krankenkasse wusste nichts zu diesem Thema. Viele der mit dieser Karte möglichen Funk-

tionen sind nicht von Anfang an anwendbar; sie werden im Lauf der Zeit ermöglicht. Von Beginn ist auf der Rückseite eine „Europäische Versicherungskarte“, die die Inanspruchnahme von Leistungen in den EU-Ländern ermöglicht. Gleichzeitig sind auf jeden Fall Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkassennummer und der Zuzahlungsstatus gespeichert. Die Gesundheitskarte soll „administrative“ und „medizinische“ Funktionen haben. Die administrativen Funktionen sind die Speicherung der Grunddaten und das elektronische Rezept; d.h., das Rezept wird vom Arzt auf die Karte geladen und bei der Apotheke wieder abgerufen (wie das mit Versandapotheken geht, war nicht zu ermitteln). Die Karte soll auch als „Auslandskrankenschein“ im europäischen Ausland fungieren.

Die Aktivierung der medizinischen Funktionen ist – außer bei dem „elektronischen

Rezept“ – freiwillig. Die medizinischen Funktionen sind: Speicherung von Notfalldaten, Dokumentation verordneter Arzneimittel, Übermittlung von Arztbriefen, elektronische Verwaltung von Patientenquittungen, der Status als Organspender sowie schließlich die elektronische Patientenakte. Der Nutzen von stets verfügbaren Notfalldaten erscheint unmittelbar einsichtig, vor allem bei uns als chronisch Kranken. Die Dokumentation verordneter Arzneimittel soll dazu beitragen, dass keine Doppelverordnung stattfindet und Wechselwirkungen zwischen Medikamenten direkt erkannt werden. Die Speicherung von Arztbriefen und schließlich die elektronische Patientenakte dienen der schnellen Information jedes weiteren Arztes. Die Karte soll zudem Mehrfachversorgung und -untersuchungen vermeiden.

Mit der Dokumentation von Patientenquittungen kann der Patient Überblick über

den Stand seiner Zuzahlungen behalten. Welche Daten auf der Gesundheitskarte gespeichert werden, entscheidet, wie erwähnt, der Patient.

Alle diese Daten (außer den Notfalldaten) sind nicht offen zugänglich, sondern nur mit Hilfe einer PIN-Nummer, die der Patient hat. Dabei soll der Patient auch darüber bestimmen können, welcher Arzt welche Daten sehen darf.

Sie soll auch von Menschen benutzt wer-

den können, die nicht mit Computern erfahren sind.

Unklar scheint noch zu sein, was passiert, wenn die Karte verloren geht (kann sich dann ein Fremder auf meine Karte behandeln lassen?) oder jemand seine Geheimzahl vergessen hat.

Kritiker wenden ein, dass durch das neue Verfahren so viele (persönliche) Daten im Netz unterwegs sind, dass die Datensicherheit gar nicht absolut gewährleistet

werden kann. Dies könnte natürlich bei „Vernetzung“ mit Ausweis und Jobkarte ein noch größeres Problem werden und auch Befürchtungen vom „gläsernen Bürger“ wecken.

Jede und jeder sollte also die weitere Entwicklung genau verfolgen, damit mit den eigenen Daten kompetent umgegangen wird.

Peter Mohr

Sie haben Fragen zum Sozialrecht?

... dann kann Ihnen – zumindest häufig – geholfen werden. Die Firma Betapharm hat im Internet eine Suchmaschine, die vor allem Informationen zum Sozialrecht bietet. Einfach www.betapharm.de anklicken, anschließend auf „Expertenrat“ gehen. Auf der neuen Seite ist links oben der Begriff „Betanet“ zu sehen. Diesen anklicken, dann in der neuen Seite in das Feld neben dem Begriff „Suche“ das Suchwort oder den gesuchten Zusammenhang eingeben – und in vielen Fällen wird eine kompetente Antwort, sogar mit Angabe der Fundstellen wie Gerichtsurteilen o.ä., gegeben.

Integrationsamt – Aufgabe und Arbeit

Wer hat diesen Begriff schon mal gehört? Vielleicht einige – aber: Wer kann ihn mit Inhalt füllen? Wohl nur sehr wenige. Im Folgenden soll versucht werden, das „Dunkel“ etwas aufzuhellen.

Integrationsämter sind zuständig für:

- begleitende Hilfe im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen,
- den Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen,
- Seminare und Öffentlichkeitsarbeit für betriebliche Integrationsteams,
- Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe.

Sie tragen die Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste nach den §§ 109 bis 115 SGB IX.

Das Integrationsamt ist kein Rehabilitationsträger, unterhält also z.B. keine Kliniken. Es ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich organisiert (tlw. kommunal).

Begleitende Hilfen im Arbeitsleben bedeuten, dass dahin gewirkt wird,

- dass Schwerbehinderte in ihrer sozialen Stellung nicht absinken,
- dass sie auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können,
- dass sie durch Leistungen des Arbeitgebers und der Rehabilitationsträger befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nicht behinderten Menschen zu behaupten.

Sie umfassen insgesamt alle Maßnahmen und Leistungen, die notwendig sind, um dem schwerbehinderten Menschen die Teilnahme am Arbeitsleben und damit in der Gesellschaft zu sichern und Kündigungen zu vermeiden.

Dies umfasst:

- Persönliche Hilfen wie Beratung und Betreuung bei persönlichen Problemen und Arbeitsplatzproblemen im Zusammenhang mit Schwerbehinderung, Konflikten mit Arbeitgeber oder Kollegen sowie psychosoziale Betreuung.
- Finanzielle Leistungen z.B. für technische Arbeitshilfen, Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes, Leistungen zu wirtschaftlicher Selbständigkeit und Wohnungshilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erweiterung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen schwerbehinderter Menschen entspricht.
- Außerdem Hilfen zur Erhaltung der Arbeitskraft und zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse.

Leistungen an den Arbeitgeber:

- Beratung bei der Auswahl des geeigneten Arbeitsplatzes für behinderte Menschen, für die behindertengerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, Hilfe bei der Lösung von Problemen in diesem Zusammenhang.
- Finanzielle Leistungen zur Schaffung behindertengerechter Einrichtung und Gestaltung von Arbeitsplätzen, Zuschüs-

se zu Gebühren bei der Berufsausbildung besonders betroffener Schwerbehinderter bis 25 Jahre.

- Prämien und Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung Jugendlicher und junger Erwachsener in bestimmten Fällen.

Unterstützung des betrieblichen Integrationsteams:

Die Schwerbehindertenvertretung, der Beauftragte des Arbeitgebers und der Betriebs-/Personalrat werden durch verschiedene Maßnahmen unterstützt.

Kontinuität:

Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben beginnt in der Vorphase der Einstellung und soll den Menschen durch das gesamte Arbeitsleben begleiten. Das Integrationsamt soll stets als Ansprechpartner für den Behinderten, die Arbeitgeber und die Integrationsteams zur Verfügung stehen. Im Integrationsamt sind für komplizierte Probleme bestimmte Fachdienste eingerichtet.

Die Grundlage dieses Artikels ist im Wesentlichen die Homepage der Integrationsämter (www.integrationsaemter.de).

Peter Mohr

Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH).

In Australien läuft manches anders

Brief einer Wartepatientin

Ich bin Deutsche und wohne seit 1992 mit meinem Mann und unseren zwei Teenage-Kindern in Melbourne, Australien. Im August 2003 war ich für eine kurze Zeit in Deutschland, habe mich in der Zeit gründlich untersuchen lassen in der Hoffnung, dass meine Diagnosen nicht korrekt waren oder zumindest verfeinert werden konnten und dadurch zu einer Behandlung führten, die nicht nur ein Hinhalten bis zur Transplantation darstellt. Während der Wartezeit in der Ambulanz in Hannover habe ich eifrig Ihre Zeitschrift „Lebenslinien 2/2003“ gelesen, mir Notizen gemacht, und erst jetzt komme ich dazu, an Sie zu schreiben, weil es mir zwei Jahre lang nach der Reise zu schlecht ging. Ich bin so sehr von dieser Zeitschrift beeindruckt. Mein Bruder hat mir kürzlich ein Faltblatt „PBC + PSC“ zukommen lassen, herausgegeben von einer Firma in Freiburg und auch sehr informativ. Ich habe große Probleme mit Hirnleistungsfähigkeit, hier wird es hepatic encephalopathy genannt und ich meine mich zu erinnern, dass die deutsche Bezeichnung ähnlich ist.

Unklare Diagnose

Mir wurde 2002 ohne jegliche Vorahnung gesagt, dass ich an PBC und einer diagnostisch unklaren Hepatitis leide, die hier als cryptogenic bezeichnet wird (Diagnose einer fortgeschrittenen Zirrhose erfolgte während einer Gallenblasenentfernung wegen Gallensteinen). Leider hatte ich am Anfang das starke Gefühl, dass die Diagnosen zu schwierig für den Facharzt für Innere waren, der dem Krankenhaus angeschlossen war. Erst auf unser ernstes Drängen wurde ich zur Leberambulanz, die an einem anderen Krankenhaus ist, überwiesen. Ich bin der Meinung, dass ich deshalb vielleicht eine heftige Portion Vertrauen gegenüber Allgemeinen Krankenhäusern verloren habe. Ich werde jetzt allerdings seit zwei Jahren im Leber-Transplantations-Zentrum wunderbar begleitet. Meine PBC-Diagnose scheint nicht mehr klar, sondern ungewöhnlich und ist bis heute noch nicht bestätigt, weil meine

Blutwerte sich ab und zu für eine Weile stabilisieren. Angeblich ist ein cholangitisähnlicher Anteil dabei und passt nicht zu einer einzigen genauen Diagnose mit bekannten Symptomen. Ich finde Unklarheiten, Ungewissheiten schwierig, und da bin ich nicht allein. Ein dickes Danke an alle Mitleidenden, die sich in den „Lebenslinien“ oder anderweitig mitteilen!

Glück mit dem Arbeitsplatz

Ich war bis Mai 2002 Vollzeit-beschäftigt. Mein Beruf als Ergotherapeutin hat mir immer sehr viel gegeben, aber ich musste dann auf Teilzeit reduzieren. Es gibt auf diesem Gebiet sehr positive Regelungen bei uns hier. Man arbeitet nicht nur entweder Vollzeit, also 40 Std./Woche, oder Teilzeit, 20 Std./Woche. Ich war in einem Team, von dem viele träumen. Mein Chef hat es mir überlassen zu entscheiden, wie viele Stunden ich pro Woche arbeiten möchte. So hatten wir uns auf 20 Stunden geeinigt. Es lief eigentlich alles gut, bis zu der Zeit, wo ich meine Arbeit nicht mehr schaffen konnte. Meine Müdigkeit und Erschöpfung nahmen zu und ich wusste, dass ich es nicht mehr lange verheimlichen konnte. Der Schritt war mir so schwer, dass ich es zu lange laufen gelassen habe. Leider kam es dann so, dass meine Kolleginnen unseren Chef holten, als ich wieder mal fest eingeschlafen an meinem Schreibtisch saß. Wie peinlich!!! Der Schritt zu gehen, war eine schwere, endgültige Entscheidung. Das hängt unter anderem mit dem Folgenden bezüglich Krankengeld zusammen.

Krankengeld – ja, aber ...

Ein grundlegender Unterschied besteht hier zwischen „Arbeitsunfähigkeit“ und Bezahlung, während man krank ist. Wir können 14 Tage pro Kalenderjahr mit Attest und Bezahlung frei nehmen. Danach ist es



Maria Sheridan

Privatsache, wie man zu-rechtkommt. In meinem Fall war es so, dass ich 2002 für meine Gallenblasen-Operation schon ein paar Wochen frei nehmen musste, was wir im Voraus wussten. So konnte ich auch meine Patiententermine gut organisieren, Patienten vorläufig an Kollegen abgeben oder eben auch von unserem Dienst entlassen. Am Abend meiner

Operation kam der Chirurg zu mir ans Bett und fragte, was denn mit meiner Leber los sei. Als ich jegliches Wissen darüber verneinte, sagte er, dass ich mich nochmals in der Ambulanz vorstellen müsste, weil meine Leber etwas „höckrig“ aussah. Dass ich Zirrhose hatte, die meine gesamte Leber betraf, las ich selbst im Auto im Brief an meinen Hausarzt. So kamen Termine über Termine, und meine Erholung war langsamer als geplant. Als ich dann zurück zur Arbeit ging, hatte ich all meinen Jahresurlaub und meine Arbeitsunfähigkeitstage verbraucht und ich musste recht oft unbezahlten Urlaub nehmen, um keine Termine zu versäumen. Das klappte besser als mein Vorhaben, die Stunden aufzuholen, weil mir dafür meist die Kraft fehlte.

Weiterhin Glück im Beruf

Glücklicherweise arbeite ich seit 1997 nebenher in einer Privat-Praxis und das konnte ich weiter machen. Es sind im Schnitt 10–15 Stunden pro Woche, die Arbeit kam interessanterweise noch nie so regelmäßig wie jetzt (gute Dinge geschehen, wir sehen es leider nur nicht immer, dass sie auch uns angehen), wo ich sie brauche. Ich teile mir ein, wann ich diese Stunden arbeite. Kann völlig spontan sein und wenn es mir nicht gut genug geht, mache ich einen Tag lang „Ruhepause“. So habe ich Ziele, Termine, Gründe, morgens aufzustehen und trage eben auch finanziell zu unserem Haushalt

Foto: privat

bei. Solche Themen kann ich mir gut in Selbsthilfegruppen-Meetings vorstellen. Hier in Australien werden bislang keine Lebend-Spenden durchgeführt. Diese Problematik wird immer wieder diskutiert, vor allem bezüglich der ethischen Frage, ob man erwarten kann, dass ein Spender auch sehr große Risiken eingeht. In den „Lebenslinien“ sehe ich, dass dieses Thema, verbunden mit Organmangel, wohl ein weltweites Problem darstellt. Meine Transplantation wird in Melbourne durchgeführt werden.

Wenig Infos – Selbsthilfegruppen fehlen

Hier gibt es momentan keine Selbsthilfegruppen. Mir wurde gesagt, dass die kleine Anzahl von Betroffenen, die diese Gruppe in Victoria geleitet hatten, inzwi-

schen zu krank sind. Mir fehlt eine Selbsthilfegruppe sehr. „Lebenslinien“ fasziniert mich und beantwortet für mich unzählige Fragen. Ich erlebe einen sehr großen Unterschied zu Victoria im Behandeln von Fragen, die wohl jeder Betroffene hat. Hier wird dann ein Problem besprochen, wenn es auftritt. Wenn bei mir ein neues Problem auftritt, hat das oft zur Folge, dass ich mich tage- und wochenlang damit beschäftige, was nun wohl wird. Denke oft, dass ich noch eine zusätzliche Krankheit habe, denn die Symptome haben für mich als Laien keinen unbedingten Zusammenhang mit der Leber. In Deutschland, zumindest in Kiel und Hannover, waren die Fachärzte fast schockiert, wie wenig Information ich bis dahin hatte. Ich wusste nicht einmal, wann und warum man auf die Warteliste kommt, geschweige denn, dass es in-

nerhalb der Wartelisten noch ein Gruppensystem gibt. Es wird wohl viele in Deutschland erstaunen, aber ich weiß immer noch nicht genug über die hiesigen Wartelisten. Ich bin eben immer noch Deutsche und habe deutsche Denkweisen.

Maria Sheridan

Anmerkung der Redaktion:

Inzwischen ist Frau Sheridan Mitglied in unserer Selbsthilfeorganisation geworden und hat noch viele weitere Informationen zu den scheinbar nicht zur Lebererkrankung gehörenden Symptomen (Aszites, Hepatische Enzephalopathie, Speiseröhrenvarizen usw.) von uns erhalten. Wir stehen in Briefkontakt und wünschen ihr eine baldige Transplantation und einen guten Verlauf danach.

Ein Motorradfahrer wirbt in München für Organspende.



Foto: Alexander Hauck, München

Organspende – eine zeitgemäße Form der Nächstenliebe

Die Position der Kirchen zur Organspende

Bereits 1988 haben die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland eine Arbeitsgruppe zu Fragen der Gewebe- und Organtransplantationen eingesetzt. Dieses Thema wird bereits kurz behandelt in der Gemeinsamen Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen: Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Trier/Gütersloh 1989, S. 102–105. Die Ergebnisse der eingangs erwähnten, von beiden Kirchen eingesetzten Arbeitsgruppe finden schließlich ihren Niederschlag in einer Gemeinsamen Erklärung zum Thema Organtransplantationen vom 31. August 1990 (Bonn/Hannover 1990).

1. Grundsätzliche Überlegungen

Bei der ethischen Beurteilung von Organtransplantationen erstreckt sich der Blickwinkel zunächst auf die Belange des Empfängers und des Spenders sowie auf die Aufgaben des Arztes. Daneben sind kulturelle und soziale Auswirkungen sowie rechtliche Bestimmungen von der Ethik mit zu bedenken. Der Fortschritt der Medizin rückt vieles von dem, was einst schicksalhaft hinzunehmen war, in den Bereich menschlicher Planung und damit menschlicher Verantwortung. Die beiden ärztlichen Grundsätze: „Das Wohl des Kranken ist das oberste Gesetz“ und „Dem Kranken nicht schaden“ gelten auch für Transplantationen.

Niemand kann einen Anspruch geltend machen auf Körperteile eines lebenden oder toten Mitmenschen. Kranke dürfen jedoch zu ihrer Behandlung freiwillig gespendete Gewebe und Organe als Geschenk von anderen annehmen. Ein lebender Spender darf mit einer Organspende nicht seinen Tod herbeiführen, also nur paarige Organe (z.B. eine Niere) oder von unpaarigen Organen und Geweben nur Teile spenden. Nötigung zu einer Organspende oder ökonomische Motive müssen dabei ausgeschlossen sein.

Die positive Grundeinstellung des Kranken ist für jede Behandlung, besonders aber

für eine Organtransplantation, wichtig. In aller Regel wird vom Patienten eine Transplantation dann dringend erwünscht, wenn sie die einzige Chance in Lebensgefahr oder bei großer gesundheitlicher Beeinträchtigung darstellt. Dieser Wunsch nach Erhaltung des eigenen Lebens ist berechtigt. Trotzdem müssen sich Kranke und – zumal beim kranken Kind – seine Familie vor einer Transplantation auch mit den möglichen Gefahren und Belastungen auseinandersetzen. Das Vertrauen der Öffentlichkeit und das Verständnis der wartenden Kranken hängen auch davon ab, dass die Grundsätze der Organverteilung transparent nachvollziehbar sind.

2. Rechtliche Aspekte

In der Bundesrepublik Deutschland gab es zum Zeitpunkt der Gemeinsamen Erklärung der Bischöfe noch kein Transplantationsgesetz, erst 1995 und schließlich 1997 wurden solche verabschiedet. Bis dahin unterlag die rechtliche Situation eines Eingriffs, hinsichtlich des Spenders, dem Straftatbestand der Körperverletzung, weil er die Unversehrtheit des Körpers berührt. Gerechtfertigt und damit erlaubt war diese Körperverletzung aber durch Einwilligung des betroffenen Kranken, wenn dieser einsichtsfähig war und ist und zuvor über Art, Ziel und gegebenenfalls andere Möglichkeiten der Behandlung sowie Folgen, Gefahren und Risiken des Eingriffs aufgeklärt wurde.

Die Entscheidung über eine Lebendspende seiner Organe kann nur der einzelne persönlich treffen. Auch Eltern dürfen nicht über die Organspende ihres Kindes entscheiden; lediglich in eine Gewebespende (z.B. Knochenmarkspende) dürfen sie einwilligen. Transplantationen nach dem Tod unterliegen ebenfalls der ausschließlichen Einwilligung des Spenders zu Lebzeiten und im Falle seines Todes sind sie an die sichere Feststellung des Hirntods gebunden.

3. Ethische Beurteilung

Nach christlichem Verständnis ist das Leben und damit der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen kann, das er aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus

Liebe zum Nächsten einsetzen darf. Das schließt eine Entschädigung von Aufwendungen für die Gewebe- und Organspende nicht aus, verbietet aber einen dadurch erstrebten Gewinn. Zugleich kann in der Organspende noch über den Tod hinaus etwas spürbar werden von der „größeren Liebe“ (Joh. 15, 13), zu der Jesus seine Jünger auffordert. Dabei müssen beachtet werden: Respekt und Pietät vor dem Menschen und seiner Körperlichkeit, sein freier und gewissenhaft geprüfter Entschluss, die fachärztliche Verantwortung und Verantwortlichkeit und bei Organspenden nach dem Tod die Gewährleistung der Pietät des menschlichen Leichnams.

Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende vor und nach dem Tod letztlich ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten.

4. Schlussbemerkung

Wer einmal die Hoffnungen und die Nöte und die Lust auf das Leben eines potenziellen Organempfängers erlebt hat, wer einmal die Entscheidungsfindung eines potenziellen Organspenders begleitet hat und wer den Prozess der kritischen Prüfung bei implizierten Ärzten erfahren hat, der weiß die hohe Sensibilität und Aktualität dieser lebensrettenden und neu lebensschaffenden Form christlicher Nächstenliebe zu schätzen und zu bewerten. Leider ist das Thema „Organhandel“, der zwar nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann auf globaler Ebene, rechtlich aber in sehr hohem Maße verunmöglicht ist, in einigen Medien zum Spitzenreiter moderner Horror-Thriller promoviert worden, der viele Betroffene verunsichert. Hierbei wäre eine neue Ethik der Medien einzufordern, die sowohl Spender als auch Empfänger von Organen mehr im Blick behielte. Ein Organempfänger sagte mir kürzlich: „Ich feiere jetzt zweimal Geburtstag im Jahr, am Tag meiner Geburt und am Tag, als ich das Organ erhalten habe“ – ein bededtes Zeugnis für den hohen Wert einer Organspende.

*Pfarrer Sigmund F. J. Schänzle
Katholische Kirchengemeinde Ochsenhausen*

Sport nach Transplantation

Vor ein paar Wochen war es endlich soweit: Der zutiefst ersehnte Anruf kam, die Ltx haben Sie gut überstanden und jetzt sind Sie aus dem Gröbsten heraus. Die Werte haben sich normalisiert, die Narbe ist äußerlich gut verheilt und Sie spüren, wie die Energie in den Körper zurückkehrt. Doch manchmal bemerken Sie doch noch Grenzen. Man ist doch noch nicht so beweglich und mobil und früher mussten Sie doch auch nicht auf halber Höhe der Treppen eine Pause machen. Sie sind an einem Punkt angekommen, an dem Sie nicht nur das medizinische Programm ableisten wollen, sondern Sie wollen mehr tun und entscheiden sich, etwas Sport zu treiben.

Aber es gibt so viele Fragen.

- Welche Sportarten darf ich überhaupt betreiben?
- Wie intensiv darf ich die Sportart ausüben?
- Was darf ich auf keinen Fall?
- Welche Sportart hilft mir im Speziellen?
- Was ist mit der Immunsuppression?
- Was ist mit meiner Narbe?

Grundsätzlich ist zu sagen, dass Ihr Körper in einem guten Zustand ist. An einige Einschränkungen sollte man jedoch denken:

- Immunsuppression: Enger Körperkontakt und Kontakt mit Tieren sollte vermieden werden.
- Instabile Bauchdecke: Heben von Gewichten, ruckartige Bewegungen oder gar Stürze sind zu vermeiden, um keinen Narbenbruch der Bauchmuskulatur zu verursachen.
- Zurückbildungen durch lange Ruhezeit des Körpers, der Muskulatur, der Sehnen, des Kreislaufsystems, der Knochenstruktur und Gelenkmobilität.

Um auf dem schnellsten Weg eine Verbesserung herbeizuführen, sollte man so früh wie möglich den Körper wieder belasten. Man sollte jedoch alles wohlüberlegt angehen. Zur Orientierung werden hier einige Regeln aufgezählt:

- Gespräch mit ihrem Arzt: Bevor Sie sich in irgendeiner Form betätigen, sollten Sie es mit Ihrem Arzt abklären, er kennt den gesundheitlichen Zustand Ihres Körpers am besten.

- Regelmäßigkeit: Sie ist das A und O, um Fortschritte zu erzielen. Anfänglich ein- bis zweimal pro Woche sollten reichen. Wenn Sie es erhöhen wollen, verteilen Sie den Aufbau auf bis zu zwei Jahre oder länger – je nach Intensität der gewählten Sportart. Kleinere Pausen sind dabei kein Problem.
- Hören Sie auf Ihren Körper: Zwickt es hier oder schmerzt es da, dann legen Sie ruhig eine Pause ein und sprechen Sie lieber mit dem Arzt.
- Zuviel des Guten ist nie des Guten: Motivationsmangel, Müdigkeit oder sind Sie gar wo ganz anders mit Ihren Gedanken? Das sind meist Anzeichen, dass es vielleicht schon zuviel war. Dann legen Sie doch vielleicht eine Pause ein.
- Grenzen ausbauen, indem man sie nie erreicht: Es bringt keinem was, wenn Sie mit hochrotem Kopf Ihre Strecke abarbeiten. Nur durch gezieltes Training kann man eine Verbesserung erreichen.

Vereine

In jedem Verein gibt es Angebote zu gesundem Sport, wie zum Beispiel Kurse für Nordic Walking, Rückenschule oder Seniorensport. Diese Programme sind zwar nicht speziell für Sie zugeschnitten, sind aber trotzdem zu empfehlen. Die Vorteile liegen auf der Hand. Die Übungsleiter sind in ihrem Bereich gut ausgebildet und können Sie jederzeit beraten, was machbar ist und was nicht. Wichtig ist dabei, dass Sie die Besonderheiten Ihrer Gesundheit dem Übungsleiter vermitteln, damit er Ih-

nen gegebenenfalls Anweisungen geben kann. Das Tolle an einem Verein ist, dass man sich nach längerer Abwesenheit schnell wieder in die Gesellschaft eingliedern kann. Kontakte in Vereinen aufzubauen, ist durch die Offenheit der Mitglieder recht ungezwungen. Nun werden einige Sportarten kurz zusammengefasst vorgestellt:



Schwimmen

Vorteile:

Das Schwimmen wird als der Gesundheits-sport schlechthin bezeichnet und hat daher eine lange Liste an Vorteilen. Hier nur die wichtigsten Bereiche:

- keine Beanspruchung der Gelenke,
- hohe Mobilisierung der Gelenke,
- kurbelt den Kreislauf und den Stoffwechsel stark an,
- Beweglichkeit, Ausdauer, Kraft, Koordination und Entspannungsfähigkeit werden geschult,
- sehr geringe Verletzungsgefahr (man kann im Wasser nicht stürzen),
- der Hautreibungswiderstand im Wasser ist 790-mal höher als in der Luft. Das bedeutet immer einen gewissen Massageeffekt, der das Lymphsystem unterstützt.

Ausrüstung:

Einfache Badeutensilien, gegebenenfalls eine Schwimmbrille und Schwimmhaube



Ausführung:

Beim ersten Betreten des Wassers sollten Sie vorsichtig sein. Gewöhnen Sie sich langsam an die Temperatur (ideal sind 24°C) und schwimmen Sie die ersten Runden in flachem Wasser, da durch die ungewohnte Belastung Krämpfe entstehen können. Machen Sie Pausen zwischen den Bahnen (man muss es ja nicht gleich übertreiben). Nach dem Schwimmen sollten Sie noch ein paar Minuten im Wasser bleiben. Der Druckunterschied kann nach Belastung den Kreislauf etwas aus der Bahn werfen. Wenn Sie aus dem Wassersport kommen, achten Sie darauf, die Bewegungen anfangs kleiner auszuführen. Die Technik mag noch da sein, aber Ihr Körper kommt da höchstwahrscheinlich nicht mehr mit. Das leistungsorientierte Schwimmen sollte daher auch frühestens nach zwei Jahren begonnen werden. Ist Ihnen das einfache Schwimmen zu langweilig, wird in jedem Erholungsbad Wassergymnastik angeboten. Dies ist ohne weiteres zu empfehlen, jedoch lassen Sie lieber die ruckartigen und schnellen Bewegungen weg, da Sie sonst vielleicht einen Narbenbruch riskieren.

Nachteile:

Es ist hier sehr schwer, Nachteile zu finden. Man muss zwar Eintritt zahlen, der hält sich aber in Grenzen. Außerdem ist man etwas von den Öffnungszeiten abhängig. Eine Pulsuhr ist im Wasser meist sehr unzuverlässig. Aber ansonsten ist das Schwimmen sehr zu empfehlen.



Nordic walking

Vorteile:

Auch hier gibt es Unmengen von Vorteilen. Nordic walking wird daher als „sanfte Ganzkörperbeanspruchung“ bezeichnet. Jedoch grenzen Sie sich schon etwas ein verglichen mit dem Schwimmen. Aber Folgendes spricht für diese Sportart:

- kurbelt Kreislauf und Stoffwechsel an,
- anfangs niedere Körperbelastung,
- nicht so belastend für Gelenke,
- schult Koordination, Kondition und Beweglichkeit,
- frische Luft,
- als Ziel wäre das Laufen eine Möglichkeit,
- kostengünstig, da nur Stöcke und ein einmaliger Kurs wichtig sind.

Ausrüstung:

Es reichen einfache Sportschuhe für den



Außenbereich. Wenn man sich wirklich für Nordic walking entschieden hat, sind Stöcke sehr empfehlenswert. Dabei ist drauf zu achten, dass sie die richtige Länge haben. Empfohlen wird 0,65–0,7-mal die Körpergröße. Vielleicht denken Sie über den Kauf einer Pulsuhr nach. Lassen Sie sich am besten beraten.

Regeln:

Sie müssen nicht gleich Nordic walking in seiner vollendeten Form ausüben. Anfangs reicht es, regelmäßig spazieren zu gehen (was auch schon vor der Verheilung der Narbe geht). Dann nach und nach kann man die Geschwindigkeit etwas erhöhen. Dann kann man richtig anfangen. Das Nordic walking ist vergleichbar mit dem Langlaufen, das heißt, der Schritt sollte etwas länger sein als üblich. Wenn der rechte Stock den Boden berührt, tritt die linke Ferse auf. Der Unterarm/Stockwinkel beträgt 90°. Dabei ist der Unterarm abfallend in Marschrichtung, das heißt, der Stock steht nie senkrecht zum Boden und der Oberkörper ist leicht nach vorne gebeugt. Fortgeschrittene können dann noch die Gesäßmuskeln anspannen. Zum Üben ist anfangs ein breiter flacher Waldweg ideal. Lassen sie sich durch diese Beschreibung nicht entmutigen. Es ist gar nicht so schwer. Jedoch wird überall empfohlen, über einen leichten Kurs den Einstieg zu wagen. Es macht viel mehr Spaß und Fortschritte werden deutlich schneller erreicht. Wird hingegen die Technik falsch ausgeführt, kann das Verspannungen in der Wirbelsäule verursachen.

Nachteile:

Man sollte die Technik richtig erlernen, wofür ein Kurs sehr empfohlen wird, und man ist natürlich auch vom Wetter abhängig.

Wollen sie mehr?

Vielleicht gefällt es Ihnen ja so sehr, dass Sie mit dem richtigen Laufen anfangen wollen. Das sollte kein Problem sein. Bevor Sie jedoch anfangen, empfehle ich einen Leistungscheck beim Arzt ebenso wie eine Pulsuhr.



Radsport

Vorteile:

Der Radsport hat auch seine Vorteile. Wenn man jedoch die Risiken betrachtet, muss man gut abwägen. Positiv ist:

- Frischluft,
- man sieht viel von der Umgebung,
- kann in der Familie gemeinsam unternommen werden,
- kurbelt ebenso den Kreislauf und den Stoffwechsel an,
- schult Ausdauer, Kraft und Koordination (Gleichgewicht) und erhöht die Lungkapazität,
- umweltfreundlich.

Ausrüstung:

Es reicht ein Freizeitrad, ein Helm und, wenn Sie wollen, gegebenenfalls Fahrradbekleidung. Hier sollten Sie sich auf jeden Fall für alle drei Dinge beraten lassen. Speziell auch beim Fahrrad und dessen Einstellungen, da auch hier sonst Schäden an der Wirbelsäule entstehen können.

Regeln:

Sie sollten vielleicht nicht direkt auf das Rad steigen und eine Tour fahren. Um wieder eine gewisse Sicherheit zu erlangen, setzen Sie sich lieber auf ein Ergometer und fahren, ohne von Stürzen gefährdet zu sein. Zu empfehlen ist das Fahrradfahren erst nach 1 1/2–2 Jahren, da bei einem

Sturz ein Narbenbruch wahrscheinlich ist. Die Stecke sollte anfangs asphaltiert und eben sein ohne starke Steigungen.

Nachteile:

Die Investition in ein gutes Fahrrad ist nicht gering, aber trotzdem einmalig. Daher ist es am Anfang schon sehr kostspielig. Beim Fahrrad fahren liegt der Schwerpunkt auf den Beinen und nicht auf dem ganzen Körper verteilt. Zu empfehlen ist die Sportart in Verbindung mit dem Schwimmen, so dass körperliche Disbalancen ausgeglichen werden können.

Noch einige Sportarten

Natürlich gibt es bestimmte Sportarten, von denen dringend abzuraten ist. Zum Beispiel Fußball, Basketball, Handball und Volleyball genauso wie Kampfsport und Schneesport. Sie alle haben eine Gefahr gemeinsam: Sturzgefahr in Verbindung mit Narbenbruch. Daher dürfen diese Sportarten frühestens nach drei Jahren wieder ein Thema sein. Reitsport ist natürlich auch nicht empfehlenswert, da der Kontakt zu Tieren allein schon wegen der Immunsuppression ein Problem darstellt. Alles, was aus dem Kraftsport kommt, sollte doch erlaubt sein? Jedoch weit gefehlt. Wenn man so trainiert, dass man seine Bauchmuskulatur schont, entsteht im Körper eine muskuläre Unausgeglichenheit. Die Folgen sind Rückenschmerzen und Haltungsfehler, die nur schwer wie-

der zu beheben sind. Wenn man jedoch etwas Kreativeres machen will als seine Bahnen zu ziehen, wird die Suche erschwert. Tanzen ist nur bedingt und in einfacher Form möglich. Denken Sie an Ihre Bauchdecke. Vielleicht versuchen Sie es dann mal mit Tai Chi oder Schneeschuhwandern.

Die Pulsuhr

Das ist schon eine tolle Sache, wenn man weiß, was man seinem Körper eigentlich gerade zumutet. Daher denken Sie ruhig über eine Pulsuhr nach. Das Ziel ist es, den Körper nicht zu überlasten, da sonst falsche Bereiche im Körper belastet werden.

Gebrauch: Die Pulsuhr besteht aus einem Brustgurt und der Uhr selbst. Menschen mit Herzschrittmachern müssen wegen der Funkstärke des Geräts vor Gebrauch dringend mit einem Arzt sprechen, da der Funk Störungen verursachen kann und sie immer ihren Pulsbereich einhalten müssen. Lesen Sie die Gebrauchsanweisung gut durch.

Die Werte

Sie unterscheiden sich von Mensch zu Mensch. Wenn Sie daher auf Nummer sicher gehen wollen, investieren sie das Geld für eine Beratung in einem Fitnessstudio. Das Personal dort ist geschult und errechnet gerne Ihren idealen Trainingswert. Ansonsten gibt es noch die üblichen Formeln, um ihn selbst zu errechnen:

- Maximalpuls ist ca. 220 minus Lebensalter.
- 60 % des Maximalpulses nennt sich die Gesundheitszone und ist daher für den Anfang sehr geeignet.
- Eine Steigerung mit bis zu 70 % des Maximalpulses sollte möglich sein. Mann nennt diesen Bereich die Fitnesszone.
- Für das Immunsystem im Allgemeinen sind Werte zwischen 55–75 % des Maximalpulses von Vorteil.

Machen Sie sich nicht zum Sklaven der Pulsuhr, Sport soll ja auch Spaß machen.

Zum Abschluss hoffe ich, dass ich etwas Licht in das Dunkel bringen konnte. Dieser Bericht sollte keine feste Anleitung sein, wie Sie jetzt Sport treiben sollen. Er hatte das Ziel, einen kleinen Einblick zu schaffen, wie man auch eine Sportart überprüft, ob sie die richtige ist. Gehen Sie daher immer behutsam vor. Nehmen Sie sich Zeit für eine Entscheidung und denken Sie an die Regeln, dann kann fast nichts mehr schief gehen. Sport ist eine tolle Art, noch was aus sich zu machen und raus zu kommen. Viele Menschen lernen durch ihn ihren Körper neu kennen. Sie haben es bis hierher geschafft, dann schaffen Sie es auch noch weiter!

Anne-Christin Eberle, Sportstudentin, unter Mitwirkung von Prof. Dr. Woll, Prof. der Sportwissenschaft an der Universität Konstanz

Fragen an den Leber-Transplantierten Ernst Eberle: transplantiert am 17. Juni 1999

Wann haben Sie sich entscheiden, etwas Sport zu treiben?

Sobald meine Narbe verheilt war (2. OP), ca. nach einem Jahr nach Ltx.

Wie haben Sie sich für die Sportart entschieden?

Ich war früher im Schwimmverein. Das war für mich das Einfachste, da ich die Bewegungsabläufe noch genau kannte.

Mussten Sie sich zum Sport zwingen?

Nur den Anfang finden, war schwierig, danach war es Routine.

Hatten Sie Probleme mit der Narbe?

Da sich eine neue Hernie gebildet hatte, habe ich mich mit der Beule am Bauch unwohl gefühlt und immer das Handtuch davor gehalten. Bewegungsmäßig hatte ich keine Probleme.

Gab es Momente, in denen Sie gemerkt haben, dass es vielleicht zuviel wurde?

Nein, ich habe sehr zurückhaltend begonnen und mich zu nichts gezwungen. Ich bin leistungsmäßig nicht an die Grenzen gegangen.

Wie war das Gefühl, als sie das erste Mal ins Wasser gestiegen sind (Sicherheit, Druckverhältnisse, Kraftaufwand)?

Wasser ist für mich ein vertrautes Element. Ich habe jedoch festgestellt, dass die Ausdauer und die Kraft am Anfang sehr gering waren.

Waren Sie nach dem Schwimmen schlapp oder ging es Ihnen gut?

Ich habe mich nach dem Schwimmen immer sehr angenehm und zufrieden gefühlt. Fast wie neu geboren.

Bemerkten Sie eine Verbesserung Ihrer Fitness?

Jede Woche gab es eine deutliche Steigerung. Ich habe mit zwei Längen begonnen, und war sehr schnell bei zehn Längen.

Nach welcher Zeitspanne?

Nach ca. vier Wochen.

Gab es trotz des Schwimmens noch irgendwelche Defizite, die Ihnen aufgefallen sind?

Nein

Gibt es noch etwas, was Sie den Lesern auf den Weg mitgeben wollen?

Das Entscheidende ist, den Anfang wagen!

Achterbahn der Emotionen bis zum Anruf am Tag X

Peter Hellriegel konnte nur eine Lebertransplantation retten –
Seltene Erkrankung zerstörte das Organ

„Es ist faszinierend, ich habe keinerlei Schmerzen!“ Peter Hellriegel ist eine Zentnerlast von der Seele gefallen. Vor nicht einmal drei Wochen lag seine Lebenserwartung noch aufgrund einer seltenen chronischen Erkrankung, die nach und nach die Leber zerstört, bei ein oder zwei Jahren. Heute hat der 41-jährige Familienvater eine neue Leber, eine völlig neue Lebensperspektive und fühlt sich rundum gut. Erleichterung und Aufatmen ist denn auch die dominierende Stimmungslage in der Familie, die in den vergangenen Jahren eine Achterbahn der Emotionen erlebt hat. „Ihre Kinder werden Sie vielleicht noch groß werden sehen, Enkel können sie vergessen“, lautete die Prognose der Ärzte noch anno 2001. „Die Diagnose trifft wie ein Hammer“, erinnert sich der Büchener noch sehr genau an die Zeit, als sich

die Krankheit zuspitzte und ihm drastisch bewusst wurde, wie begrenzt seine Lebenszeit noch war. „Das war meine Midlifecrisis.“

Angefangen hatte die Krankheitsgeschichte bereits im Jahr 1990 mit einem Bolivienurlaub, bei dem Peter Hellriegel auch im Dschungel unterwegs war. Damals zog er sich eine Durchfallerkrankung zu, die ein halbes Jahr später wieder akut war: „Colitis ulcerosa“ – eine chronische Dickdarmentzündung – lautete die Diagnose, die eine medikamentöse Behandlung nach sich zog. 1996 wurden erhöhte Leberwerte festgestellt, die von einer chronischen Gallengangsentzündung herrührten. „Primär Sklerosierende Cholangitis“ heißt diese recht seltene Krankheit, bei der alle Gänge in der Leber und zur Leber hin entzündet sind und immer mehr zu-

wachsen. Es kommt zum Gallenstau, und irgendwann ist die Leber vom Körper komplett abgeschnitten.

Dies war 2001 der Fall. Ein Spezialist der Heidelberger Uniklinik konnte jedoch Linderung bringen. Per Magen-Darm-Leber-Spiegelung (ERCP) weitete er den Gallengang so auf, dass die Gallenflüssigkeit wieder abfließen konnte. Eine Prozedur, die fortan fast jedes Quartal wiederholt werden musste. Doch da dies nur den Gallenhauptgang betraf, ging die Leber zusehends kaputt. Hinzu kam ein unerträglicher Juckreiz, den der Büchener nur mit starken Medikamenten einigermaßen aushalten konnte. Doch die wiederum schädigten die Leber zusätzlich. Im vergangenen Jahr kam eine weitere Komplikation dazu: In der Speiseröhre hatte sich eine Krampfader gebildet, die platzte. „Im

Foto: privat



Mai wäre ich beinahe innerlich verblutet“, berichtet Hellriegel. Im September kam er auf die Warteliste für eine Lebertransplantation. Fortan bestimmte das Warten auf den Tag X das Familienleben.

„Das Warten auf den Anruf war eine schlimme Zeit“, erzählt der Büchenauer. Seit November war der Sonderschullehrer, der in Ladenburg eine Beratungsstelle für körperbehinderte Kinder leitet, krank geschrieben. Seinen Alltag konnte er damals kaum noch selbst bewältigen. „Man versucht, alles zu regeln und zu besprechen, mit bereits Transplantierten Kontakt aufzunehmen und ein Testament aufzusetzen“, erinnert er sich noch genau an diese Zeit, in der auch immer wieder die Angst vor dem Schlimmsten mit im Spiel war. Auf der anderen Seite ändert sich die Lebensplanung: Die Karriere wird zusehends bedeutungslos, die Familie und die Kinder werden immer wichtiger. „Es war nicht leicht, sich mit dem Gedanken anzufreunden, meine Frau Annette und meine drei Töchter Caroline, Anna und Maria vielleicht zurück lassen zu müssen“, sagt Hellriegel. Wann würde sich ein passendes Organ finden?

Hellriegels Gesundheitszustand verschlechterte sich zusehends, so dass ihn die Ärzte in Abstimmung mit dem Transplantationszentrum am Mittwoch, 18. Januar, auf Dringlichkeitsstufe zwei hoch stufen. Drei Wochen bis drei Monate dauert hier die durchschnittliche Wartezeit, auf Stufe drei sind es ein bis zwei Jahre. Doch bereits fünf Tage später kam der Anruf, nachts um 0.45 Uhr: „Uni-Klinik Heidelberg. Wir haben ein Organ für Sie. Möchten Sie es haben?“ Keine Frage. Das war die Rettungsleine, auf die er gewartet hatte, der schmale Steg in ein neues Leben. „Ja“, lautete die Antwort.

Innerhalb der nächsten zwei Stunden musste Peter Hellriegel in der Chirurgie sein. Die Oma kam, um auf die Kinder aufzupassen, von denen sich der Papa noch verabschieden konnte. Dann ging es auf der leeren Autobahn nach Heidelberg zur Uniklinik.

Dort liefen noch verschiedene Untersuchungen: Blut, Ultraschall, Röntgen, eine Braunüle wurde gelegt. Dann Warten. „Gegen fünf Uhr kamen zwei Boten wie Pizza-Express-Fahrer mit einer Styropor-Box an uns vorbei. Da war sie – meine neue Leber“, schrieb Hellriegel seine Gedanken später nieder.

Die neue Leber wurde kurz von einem Arzt inspiziert, dann ging es in den OP. Im Flügelhemd Abschied von Annette und letz-

te aufmunternde Worte eines Arztes. Im OP dann Professionalität, die beruhigt. Jeder Handgriff sitzt. Eine Injektion wird an die Braunüle angesetzt. „War das jetzt für mich?“, fragt der Patient. „Ja, das war für Sie!“

Teil 2

Mit neuer Leber Werbung für Organ-spende

Peter Hellriegel aus Büchenau ist dankbar für ein unglaubliches Geschenk und möchte die Öffentlichkeit sensibilisieren.

„Licht aus – Licht an!“

„Ich liege auf der Intensivstation. Kein Gedanke, kein Hauch passt zwischen diese beiden Momente. Und doch lagen neun-einhalb Stunden Operation und fast 18 Stunden Tiefschlaf dazwischen. Eine Krankenschwester war sofort bei mir. Sie hatte keine Flügelchen hinten, also ging ich erst einmal davon aus, dass alles gut gegangen war.“ Das sind die ersten Erinnerungen, die der Büchenauer Peter Hellriegel nach seiner Lebertransplantation aufgeschrieben hat. Das Überraschende: Er spürte nichts, keinen Schmerz, keine Übelkeit, und auch der unerträgliche Juckreiz war verschwunden. Dazu die Nachricht der Krankenschwester: „Die Operation hat gut geklappt, die Leber funktioniert einwandfrei!“

Was für eine Nachricht für den dreifachen Familienvater, der eine 15-jährige Krankheitsgeschichte hinter sich hatte. Zuletzt war seine Leber so stark geschädigt, dass eigentlich nur noch eine Transplantation Hilfe bringen konnte. Und die kam schneller als erwartet.

Bereits drei Tage nach der Operation durfte Hellriegel aufstehen, nach elf Tagen wurde er nach Hause entlassen. Am Dienstag hat er eine Reha angetreten. Jetzt gilt es, das nächste halbe Jahr gut zu überstehen. Denn damit die fremde Leber vom Körper nicht abgestoßen wird, wurde Hellriegels Immunsystem komplett herunter gefahren. Damit ist allerdings auch die körpereigene Abwehr ausgeschaltet. Bereits eine Erkältung oder eine Grippe könnten verhängnisvoll sein. „Jetzt kann es noch zu heftigen Abstoßungsreaktionen kommen“, weiß der 41-jährige Sonderschulpädagoge. Nicht jeder Organismus nimmt ein fremdes Organ an. Trotzdem ist er guter Dinge. „Ich habe einen positiven Fatalismus entwickelt“, beschreibt er seine neue Lebensphilosophie: Sorgen

verändern die Zukunft nicht, belasten aber die Gegenwart. Darum mache er sich viel lieber bewusst, was für ein unglaubliches Geschenk diese gespendete Leber für ihn und seine Familie ist. „Und wenn ich jetzt noch fünf Jahre durchhalte, dann bin ich wohl überm Berg“, meint Hellriegel zuversichtlich.

Mit dem Leistungssport, den er früher als Handballer und Hobbytriathlet betrieben hat, wird es in Zukunft wohl nichts mehr. Doch Sport im oberen Fitnessbereich will der Verwandte von Ironman Thomas Hellriegel schon noch machen. Denn Bewegung und Fitness sind auch wichtige Gesundheitsfaktoren.

Die aktuelle Diskussion um Organspenden ist für ihn der Grund, mit seiner Geschichte an die Öffentlichkeit zu gehen. „96 Prozent aller Deutschen würden gerne eine Organspende in Anspruch nehmen, doch nur zehn Prozent sind bereit, selbst ein Organ zu spenden“, macht er auf ein eklatantes Missverhältnis aufmerksam. Er selbst hat seine Bereitschaft zur Organspende bereits lange vor der Zeit festgeschrieben, als sein Gesundheitszustand immer schlechter wurde.

Außerdem engagiert er sich seit längerem im Arbeitskreis „Primär Sklerosierende Cholangitis“ (PSC) für Süddeutschland, der als Ansprechpartner für Menschen mit dieser seltenen Erkrankung dient. Früher war diese Krankheit weitgehend unbekannt, die Betroffenen lebten weit verstreut in der Republik, ohne sich zu kennen. Mittlerweile finden sie per Internet zusammen. Fast jede Woche spricht Hellriegel am Telefon mit Betroffenen, die Rat suchen und hält Kontakt zu bereits Transplantierten, die ihm mit ihrer Erfahrung zur Verfügung stehen.

Für die Ärzte und Pflegekräfte der Heidelberger Uniklinik hat Hellriegel nur höchstes Lob zu verteilen. „Was ich dort fachlich und menschlich erlebt habe und was diese Klinikärzte leisten, ist einfach unglaublich“, berichtet er. Der Chefarzt sei morgens um sieben Uhr an seinem Bett gestanden und hätte abends um 22 Uhr nach seinem Wohlbefinden geschaut. „Man hatte als Patient das sichere Gefühl, die kümmern sich“.

Artikel veröffentlicht in den Badischen Neuesten Nachrichten am 14./15. Februar 2006 von Redaktionsmitglied Hansjörg Ebert.

Wir danken der Redaktion für die kostenlose Überlassung.



Ich bin von Euch gegangen,
nur für einen Augenblick
und gar nicht weit.

Wenn Ihr dahin kommt,
wohin ich gegangen bin,
werdet Ihr fragen,

Warum Ihr geweint habt.

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.



Sommerlich leicht und lecker

Mediterranes ist immer in

Die kalte Jahreszeit mit ihren traditionell eher deftigen Gerichten ist längst vorüber. Schäufele mit Sauerkraut, Grünkohl und Pinkel, Wintergemüse und Eingemachtes ade! Jetzt ist sommerlich Leichtes und Frisches angesagt, denn es gibt wieder alles ganz frisch aus dem Garten oder vom Markt. Und was liegt näher, als wieder einmal zu schauen, was in den Mittelmeerregionen zu dieser Jahreszeit geboten wird, denn Mediterranes ist immer angesagt. Diese rundum gesunde Kost wird jetzt mehr und mehr auch von den Ärzten für Leberkranke und Transplantierte als eine gesunde und sehr bekömmliche Ernährungsweise wärmstens empfohlen.

Also setzen wir umso lieber unsere Rezeptreihe mit einigen leckeren Tipps aus Regionen südlich der Alpen fort. Es muss kein Menü sein, was wir heute empfehlen, alles kann gut und gerne als Einzelgericht serviert und genossen werden, auch auf Balkon oder Terrasse. Ein Körbchen mit Brot und Grissini, die durchgebackenen knusprigen Stangen, gehören immer dazu. Beginnen wir mit einer Rohkost-Spezialität, die wir am Gardasee kennen und lieben gelernt haben:



Pinzimonio – mit pikantem Dipp

Ein Pinzimonio ist nichts anderes als Rohkost mit einem leckeren Dipp und wird vor dem Hauptgericht anstelle Salat oder einfach nebenher genossen. Immer eine gute und zudem auch dekorative Idee. Rohkost ist gesund, z.B. wegen der wichtigen Betakarotine und als ballaststoffreiches Nahrungsmittel. Um die Vitamine aufzuschließen und weil's auch besser schmeckt, gibt es dazu einen Olivenöl-Dipp oder einen auf Sauerrahmbasis mit Kräutern als Würze. Das Fett ist nicht nur Geschmacksträger, sondern unerlässlich, um die Vitamine aufzuschließen.

Und so wird's gemacht: Staudensellerie, Paprikaschoten, Fenchel, Zucchini, Frühlings- oder Weinbergzwiebeln, Karotten, Gurken usw. werden gut gewaschen, soweit notwendig geschält und in einem Gefäß hübsch angeordnet auf den Tisch gestellt.

Der Olivenöl-Dipp

Olivenöl, Salz, Pfeffer, etwas Zitronensaft und weißen Balsamico-Essig gut verrühren und in kleinen Schälchen zur Rohkost reichen.

Sauerrahm-Dipp

Saure Sahne, etwas süße Sahne, Salz, Pfeffer, Zitronensaft, etwas Senf und geschnittene Kräuter wie Petersilie, Schnittlauch, Dill mischen und kühl dazu servieren.

Kalbfleischbraten kalt serviert – in leckerer Marinade

Ein Hit bei unseren Freunden und Gästen, als köstliche kleine Mahlzeit oder als Vorspeise gereicht. Die Zubereitung: Kalbsbratenaufschnitt, hauchdünn geschnitten, auf Tellern anrichten und wie folgt marinieren:

Die Zutaten für die Marinade:

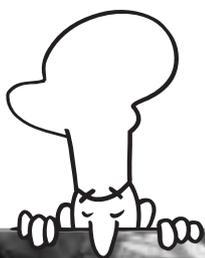
4 Esslöffel gutes Olivenöl, etwas Zitronensaft, Salz, Pfeffer, ein Esslöffel weißen Balsamico-Essig, klein gehackte Peperoni (je nach Geschmack), einige Zesten von einer unbehandelten Zitrone, glatte Petersilie fein gehackt und ein Esslöffel kleine Kapern – alles gut mischen und das Fleisch eine Stunde vor dem Servieren damit marinieren.

Dazu leichten Weißwein wie z.B. einen kühlen Pinot Grigio, einen Soave, Lugana, Bianco di Custoza aus dem Veneto wählen. Wer Rosé mag, freut sich sicher über einen Chiaretto aus dieser berühmten Weinregion um den Gardasee. Natürlich geht auch ein trockener Riesling oder ein anderer leichter Weißwein aus deutschen Lagen. Der Weißwein und der Rosé passen natürlich auch zum Fisch.



Fisch – immer eine gute Wahl

Meeresfrisch mit seinem besonders hohen Gehalt an wertvollen mehrfach ungesättigten Fettsäuren, den Omega3-Fettsäuren. Das Mittelmeer bietet eine reiche Auswahl, ob es eine Dorade ist, ein See- wolf oder warum nicht ein Steak vom Thunfisch, ein Klassiker der maritimen Küche. Sein festes, feinstrukturiertes Fleisch und sein mildes Aroma zeichnen den mageren Fisch besonders aus. Als Steak ohne Gräten ist Thunfisch sehr gut auch zum Grillen geeignet. Unsere Empfehlung für die Zubereitung:



Thunfischsteak mit Kräutersoße

Die Steaks waschen, trocken tupfen, mit Salz, Pfeffer und etwas Zitronensaft und Olivenöl beträufeln, ca. eine halbe Stunde einwirken lassen. Danach in einer Grillpfanne 3–4 Minuten von jeder Seite langsam braten (mittlere Hitze).

Für die Kräutersoße:

1 EL Butter zergehen lassen, 1 TL Senf, 1 EL Sahne, 1 EL Weißwein, Salz, Pfeffer erhitzen und danach Schnittlauch und eine Tomate – nur das Fleisch – in kleine Würfel geschnitten dazu geben.

Als Beilage ist Blattspinat oder Mangold eine guter Rat. Nur kurz blanchieren, dann in Butter mit etwas Knoblauch schwenken. Auf dem Teller mit Olivenöl beträufeln und mit geriebenem Parmesan bestreut servieren, so wie es der Italiener gerne hat.

Ein frischer Drink zu jeder Tageszeit

Campari Orange kennt jeder. Eine „alkoholfreie“ erfrischende Variante ist folgendes Rezept: Als Grundlage anstelle Campari einen Schuss Bitterino, Sanbitter o.ä. wählen. Einen Schuss Orangensaft dazu geben, eine halbe Zitrone auspressen, mit Mineralwasser auffüllen, kühl servieren als Aperitif oder für zwischendurch.

Appetit bekommen? Einfach mal ausprobieren. Nun, wir hatten viel Spaß beim Kochen und Dekorieren für die Fotos und natürlich beim genusslichen Essen.

Hedi und Josef Theiss



Auch Angehörige sind Betroffene

Aus Dieter Kuhlens Geschichte wird deutlich, weshalb er als Gesprächspartner, speziell für Angehörige zur Verfügung steht.

Ihre Frau hat Leberzirrhose im schlimmsten Stadium“, sagte die Ärztin des Krankenhauses zu mir und „zählen Sie nicht mehr in Tagen, Wochen, Monaten oder Jahren, es wird sich nur noch um Minuten oder Stunden handeln, dann wird Ihre Frau ruhig einschlafen!“ Die wohl vermeintlich tröstenden Worte schlugen bei mir ein wie eine Bombe! Die Zirrhose bei meiner Frau Moni war mir zu diesem Zeitpunkt bereits längere Zeit bekannt, aber war es wirklich so schlimm?

Aber eines nach dem anderen:

Es war etwa Mitte 1999, als bei Moni sehr hohe Leberwerte festgestellt wurden. Zwei kurze Krankenhausaufenthalte 1999, jedoch erst im Februar 2000 sprachen die Ärzte offen mit mir über den Zustand der Zirrhose, die bereits zu diesem Zeitpunkt in „Child C“ (Endstadium) eingestuft wurde. Bis Ende 2000 folgten unzählige Krankenhausaufenthalte, die notwendig wurden, da sich die hepatische Enzephalopathie (extremer Anstieg des Amoniakspiegels) und kleine Ansätze von Ösophagusvarizen einstellten. Dabei fiel Moni wiederholt, insgesamt 6-mal bis zu 7 Tagen ins tiefste Schlafkoma. Immer wieder die Worte der Ärzte, die mir auch heute noch in den Ohren klingen: „**Es ist kaum vorstellbar, dass sie das Koma überlebt, wenn überhaupt, dann als Pflegefall.**“ Sie waren Anlass, mit meinen zwei Töchtern, damals 16 und 19 Jahre alt, zu beraten, was denn dann folgt?! Unbeschreiblich waren unsere Gefühle, Ängste um die Mama und Ehefrau, aber aufgeben, ein klares „Nein“!

Moni selbst fragte mich im März 2000, nachdem auch ihr in einem lichten Moment die schwere der Erkrankung bewusst wurde, ob denn eine Lebertransplantation möglich wäre. Nach Kontaktaufnahme mit dem Transplantationszentrum folgten unzählige Untersuchungen mit dem zunächst niederschmetternden Ergebnis: **Ablehnung wegen zu schlechter Werte!** Einige Überlegungen, ich wollte unsere Mama



Foto: privat

und Ehefrau schließlich nicht sterben lassen, unter Beteiligung anderer Stellen führten zu dem Ergebnis, sie in einem anderen Zentrum vorzustellen. Hier, nach weiteren Untersuchungen, die erlösenden Nachricht: **Aufnahme in die Warteliste!** Es folgten noch weitere schwere Monate (mit wiederholtem Koma), doch auch die positive Einstellung bei Moni (sie hatte sich vorgenommen, mit mir noch schöne Reisen zu unternehmen, sie wollte mal Großmutter werden) und unsere Unterstützung in dieser Einstellung halfen ihr sicherlich, die Zeit auf der Warteliste zu überstehen. Unsere intensive Begleitung in der schweren Zeit hat m. E. dazu beigetragen, dass sie sich selbst nie aufgab. Kurz vor Weihnachten 2000, nach nahezu ununterbrochenen wiederholten Krankenhausaufenthalten wurde sie am 23.12.2000 mit dem Hinweis der Ärzte an mich, „**ich solle im Kreise der Familie mit ihr noch mal Weihnachten feiern, denn, ob sie das neue Jahr erleben würde, wäre fraglich**“ entlassen.

27.12.2000, 19:20 Uhr, der erlösenden Anruf: „**Ein Organ ist da!**“; Transplantation in der Nacht des 28.12.2000 gegen 2:30 Uhr, 10 Stunden, eine verdammt lange Zeit.

Gegen 13:00 Uhr durfte ich dann meine Frau auf der Intensivstation erstmalig besuchen. Ich traute meinen Augen nicht, denn durch Glasfenster konnte Moni mich sehen. Sie war bei Bewusstsein und winkte mir bereits zu. Unvorstellbar, zumal sie an Geräten war und intubiert wurde. Natürlich konnte sie nicht sprechen, aber wir konnten uns über Gestiken bzw. mit von Moni auf Papier Geschriebenem verständlich machen. Nach nur fünf Tagen wurde sie auf die Normalstation verlegt, verblieb insgesamt drei Wochen in der Klinik. Anschließend folgte eine Anschlussheilbehandlung.

Die gesamte Zeit nach der Transplantation erzeugte in mir ein unbeschreibliches Glücksgefühl, denn meine Moni hatte die schwere Zeit nicht „nur“ überlebt, nein, sie war voller Energie und Tatendrang!

Heute sind wir beide als Ansprechpartner für die Selbsthilfe Lebertransplantierte tätig, Moni für die Betroffenen (Kontaktgruppe Essen) und ich für die Angehörigen (bundesweit).

Angehörige leiden mindestens genau so wie Betroffene, meist jedoch noch mehr, denn sie erleben bewusster den Leidensweg (sowohl vor wie auch manchmal nach der Transplantation). Vor und nach einer

Lebertransplantation sind ärztliche Behandlungen und Krankenhausaufenthalte unvermeidlich. In dieser Zeit ist es sehr hilfreich für den Betroffenen, wenn eine nahe stehende Person begleitend zur Seite steht. Die Wartezeit auf ein neues Organ ist nicht absehbar und kostet den Betroffenen und die Angehörigen viel Kraft. In dieser Zeit braucht die erkrankte Person besondere Unterstützung im Genesungswillen. Jede Möglichkeit zur Erholung, zum Ausspannen und „Kraft tanken“ sollte genutzt werden. Der Patient selbst ist nach der Transplantation in einer körperlich schwachen und seelisch angespannten Situation. Die ständige Einnahme von Medikamenten kann bei einigen Betroffenen Nebenwirkungen zeigen. Konzentration, Merkfähigkeit und viele andere Dinge sind

hiervon betroffen. Besonders hier kann eine Begleitperson entscheidend zur Genesung beitragen. Die Anwesenheit bei Arztbesuchen und die Gespräche im Krankenhaus zu unterstützen, ist sehr hilfreich. **Angehörige wissen häufig ebenfalls nicht, wie sie mit dieser Situation umgehen sollen. Hier kann ich unterstützend meine Hilfe anbieten und auch leisten!**

Auf regionaler Ebene übe ich die Funktion des Ansprechpartners für Angehörige bereits seit ca. 4 1/2 Jahren aus. In den doch vielen Beratungsgesprächen (häufig auch mehreren bei einem Angehörigen) wurden meine Hilfsangebote dankend angenommen und ich erhielt ein entsprechendes Feedback der Angehörigen (und später auch der Betroffenen). Ich hoffe, dass sich nun auch „bundesweit“ die Angehörigen

von Betroffenen bei mir melden, die dringend Hilfe und Unterstützung benötigen.

Ich jedenfalls bin den Ärzten, dem Pflegepersonal wie auch den verschiedenen Personen, die meiner Frau und mir damals zur Seite standen, dankbar. Dass meine Frau heute noch unter uns weilt und sich bester Gesundheit erfreut, ist sicherlich auch der Begleitung durch uns Angehörige zuzusprechen. Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass ich auch dem(r) unbekanntem Spender(in) bzw. dessen/deren Angehörigen hier an dieser Stelle danke, denn ohne diese wäre eine Transplantation nicht möglich gewesen.

Dieter Kuhlen

Hilfe – Mein Kind braucht eine neue Leber!

Unsere Ansprechpartnerin für Eltern lebertransplantiertes Kleinkinder stellt sich vor.

Mein Name ist Petra Dahm, ich bin 37 Jahre alt und arbeite bei einem Unternehmensberater. Mein Lebensgefährte hat zwei Töchter und ich habe drei Kinder. Dann haben wir noch unseren gemeinsamen Sohn Joel. Also eine richtige „Patchworkfamilie“.

Unser Joel wurde im Juli 2003 in der 36. Schwangerschaftswoche als Frühchen geboren. Er holte sich im Krankenhaus E-Coli-Bakterien, die unerkant blieben. Als wir ihn nach Hause holten, hatte er ein paar Tage später auch noch eine Sepsis (Blutvergiftung) und musste sofort wieder ins Krankenhaus. Die Diagnose lautete: Leberzirrhose! Diese Diagnose war hart für uns und wir fühlten uns ziemlich hilflos. Er wurde in ein Transplantationszentrum verlegt, wo man uns sagte, er sei zu klein für eine Lebertransplantation. Wir waren total verzweifelt. Doch dann erfolgte die Verlegung nach Hamburg ins UKE. Dort wurde er dann im Alter von vier Monaten transplantiert. Für uns war es eine schwere Zeit voller Angst und Bangen, ob er es schaffen wird. Doch er schien einen starken Willen zu haben.

Wir kannten niemanden in Hamburg außer dem Klinikpersonal, mit dem wir hätten reden können.

Als wir wieder zu Hause waren, lernte ich dann über die Internetseite und den Chat der Selbsthilfe Lebertransplantiertes

Deutschland e.V. Frau Kuhlen kennen. Das fand ich so hilfreich, dass ich Mitglied wurde. Danach kam mir der Gedanke, dass ich auch anderen Eltern helfen möchte. So stellte ich mich als Ansprechpartnerin für Eltern von transplantierten Kleinkindern für unseren Verein zur Verfügung.

Ich habe mir vorgenommen, immer ein offenes Ohr zu haben, weil ich weiß, wie

wichtig das ist und wie gut es tut, wenn jemand da ist, der zuhört und schon Ähnliches durchgemacht hat!

Inzwischen ist unser Joel drei Jahre alt, es geht ihm sehr gut und er steckt voller Energie.

Petra Dahm



Foto: privat

Patientenseminar „Organtransplantation“ in Hamburg

Schon länger hatten die Vertreter/innen von BDO, IKN (Interessengemeinschaft künstliche Niere) und Selbsthilfe Lebertransplantierte in Hamburg zusammengesessen – dann waren die Planungen für ein großes Patientenseminar fertiggestellt und gemeinsam mit Frau Schlegel von der Firma Roche war auch die Finanzierung geklärt worden. Nun war die Frage: Würde sich der Saal im „Haus der Patriotischen Gesellschaft“ mitten in der Hamburger Innenstadt auch den Anmeldungen gemäß füllen? Tatsächlich – es waren schließlich etwa 160 Teilnehmer, die voll Interesse auf die Referate warteten.

Nachdem Peter Stoetzer von der IKN die Anwesenden begrüßt hatte, informierte Herr Clausen, Koordinator beim UKE Hamburg, über den formalen Weg, der bei einer Transplantation gegangen werden muss. So berichtete er unter anderem über Gründe und Ausmaß der Organknappheit und über die Zuteilung von Organen.

Herr Dr. Tolba stellte die Möglichkeiten, aber auch die Nebenwirkungen der gängigen Immunsuppressiva ausführlich dar; Frau Dr. Polywka gab einen sehr detaillierten Überblick über Infektionen und



Foto: privat

Herr Clausen, Herr Dr. Wagner, Herr Dr. Tolba, Frau Dr. Polywka, Bernd Hüchemann, Frau Schlegel (Roche) und Peter Mohr (Selbsthilfe Lebertransplantierte) freuen sich über das erfolgreich verlaufene Seminar.

Impfungen bei Organtransplantation und Herr Dr. Wagner zeigte Ursachen von Niereninsuffizienz und Probleme im Umgang mit diesem Problem auf.

Nach der Mittagspause waren die Referenten/innen in Arbeitsgruppen bereit, Nachfragen zu den Referaten des Vormittags zu beantworten. In diesen Sitzungen

war es den Teilnehmern/innen auch möglich, persönliche und auf das Detail zielende Fragen beantwortet zu bekommen. Da die Resonanz auf unser Seminar sehr gut war, haben wir mit der Planung eines Seminars im Jahr 2006 bereits begonnen.

Peter Mohr

Was für ein Tag

„Was für ein Tag“ schimpfen wir, wenn es regnet, wenn ein Termin platzt, wenn die Haustür zufällt und der Schlüssel nicht in der Tasche ist, wenn wir trotz Spurt zu spät zum Bahnhof kommen, wenn wir auf der Treppe stürzen.

„Was für ein Tag“ freuen wir uns, wenn wir wissen, dass die Sonne bald wieder scheint, wenn wir merken, dass uns der ausgefallene Termin den Stress nimmt, wenn die Nachbarin daheim ist, die einen Zweitschlüssel hat, wenn wir erfahren, dass gerade unser Zug Verspätung hat, wenn wir uns freuen, dass nicht mehr passiert ist.

„Was für ein Tag“, wenn die Welt still stehen müsste, wenn wir innerlich kalt sind, wenn es gleichgültig ist, ob es regnet, schneit oder stürmt, wenn sich die Menschen aus Unsicherheit abwenden, wenn das Lachen gefroren ist, wenn das Glück anderer Hohn ist.

„Was für ein Tag“, wenn wir mit allen Fasern leben, wenn wir mit allen Sinnen die Jahreszeit erfassen, wenn wir spüren, dass wir nicht allein sind, wenn wir ein Lächeln geschenkt bekommen, wenn ein lieber Mensch da ist, der unsere Sorgen und Anliegen ernst nimmt.

Jutta Riemer

Workshop Organspende Reutlingen



Fotos: Josef Theiss

Immer wieder wurden wir nach einer Schulung zum Thema Organspende gefragt. In Zusammenarbeit mit dem Dialyseverband Baden-Württemberg e.V. konnten wir eine solche am 22. Oktober 2005 in Reutlingen anbieten. Die Aufklärung ist weiterhin dringend notwendig, auch wenn in Baden-Württemberg ab 2006 Transplantationsbeauftragte an allen Kliniken gesetzlich eingesetzt werden sollen. Zum anderen wollten wir unseren Mitgliedern die Möglichkeit geben, sich kompetent zu informieren und auf die Öffentlichkeitsarbeit – wie auch immer diese gestaltet ist – gut vorzubereiten. Nicht zuletzt sollte dieser Workshop dazu motivieren und befähigen, sich persönlich einzusetzen. Denn jeder von uns ist aufgerufen – wir haben allen Grund dazu –, seinen Teil beizutragen, in seinem Umfeld durch objektive und sachkundige Auskunft die Bürger zu einer Entscheidung zu führen.

Im Rahmen eines Treffens der Regionalbeauftragten des Dialyseverbandes Baden-Württemberg e.V. in Reutlingen am 22. Oktober konnte dieses Vorhaben nun mit ca. 30 Teilnehmern verwirklicht werden. Eingeladen von uns waren die Ansprechpartner in Baden-Württemberg und die Mitglieder der einzelnen Kontaktgruppen. Veranstaltungsort war das City Hotel Fortuna in Reutlingen. Aber leider kamen aus unserem Verband nur sehr wenige, ja viel zu wenige. Da stellt sich schon die Frage, ob es den meisten so gleichgültig ist, ob anderen auch die gleiche Chance gegeben wird. Man hat ja sein Organ bekommen!

Dass viele auf der Warteliste sterben, scheint nicht nur Politiker, sondern auch so manchen selbst Betroffenen nicht zu berühren.

Martin Kalus, der Transplantationskoordinator am Katharinenhospital in Stuttgart, ein ausgewiesener und langjährig erfahrener Experte, hatte sich die Zeit genommen, an diesem Samstagnachmittag nach Reutlingen zu kommen, um mit einem ausgezeichneten Vortrag die Zusammenhänge und Abläufe von der Hirntoddiagnose, der Spendermeldung über DSO und Eurotransplant, die Organisation der Organentnahme und den Abruf des Wartepatienten zur Transplantation mit vielen Detailinformationen zu vermitteln. Kalus ist ja im Ernstfall mit vor Ort und berichtet aus erster Hand und eigenem Erleben.

Jutta Riemer, unsere Vorsitzende, hatte es übernommen, das Transplantationsgesetz in seinen Abschnitten und Festlegungen zu erläutern sowie in einem zweiten Vortrag über die häufigsten Fragen und Einwendungen bei Veranstaltungen und am Infostand zu sprechen und welche Ant-

worten darauf die richtigen sind, einige davon wurden gemeinsam erarbeitet.

Über das Thema „Organspendeausweis – was ist zu beachten?“ sprach schließlich Josef Theiss, Koordinator für Süd-B.-W. Außerdem präsentierte er die Infomaterialien der BzGA zur Aufklärung – die leider nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Abschließend ging es um die Aktivitäten von Verteilungsaktionen bis hin zu Infoständen in Fußgängerzonen wie auch bei Veranstaltungen, auch anhand praktischer Beispiele. Der Appell, dass möglichst jeder auf seine Weise vor Ort seinen Beitrag leiste, und sei es nur, Organspendeausweise bei seinem Arzt oder Apotheker zu hinterlegen, bleibt hoffentlich nicht ungehört.

Ein Workshop in diesem Umfang und in dieser Qualität sollte keine Einmalveranstaltung bleiben, er verdient es, vor einem anderen Teilnehmerkreis baldmöglichst wiederholt zu werden. Die Referenten erklärten sich dazu in jedem Fall bereit. Sie hatten sich ja auch viel Mühe bei der Vorbereitung des Workshops gemacht.

Der Tag der Organspende 2006 wäre ein neuer und guter Anlass für unseren Verein und seine Mitglieder, aktiv zu werden, sei es mit Infotischen, mit Verteilungsaktionen von Organspendeausweisen u.v.a. Denn bis alle Bundesländer den § 2 des Transplantationsgesetzes umsetzen, ist noch ein langer Weg. So müssen zumindest wir als Betroffene unseren Beitrag zur Aufklärung leisten.



Josef Theiss

Ruhm und Ehre den Staufern

Treffen der Ostalbgruppe im Kloster Lorch

Bei schönstem Herbstwetter mit guter Aussicht auf den „Hohen-Rechberg“, einem der drei Kaiserberge, trafen sich Mitglieder und andere Betroffene am 29. Oktober 2005 am Limesturm hoch über dem Remstal. Gerhard Kaufmann hatte alles bestens vorbereitet, so dass die Führung durch die Klosteranlage beginnen konnte. Der Führer, Herr Schmiedt, begrüßte die Gruppe und führte in die Geschichte dieses Klosters ein, an deren Stelle früher der Limes vorbeiführte. Das heutige Kloster von 1102, ab 1140 Grablege der frühen Staufer, ist heute in gutem Zustand, was natürlich nicht immer der Fall war. Das ehemalige Abtsgebäude ist heute ein Altenpflegeheim mit 70–80 Plätzen. Ein Wasch- und Backhaus sowie ein Wachhäuschen befinden sich an der südlichen Mauer. Dominierend natürlich die Klosterkirche mit ihrem markanten Marsiliusturm von 1880.



Der Rundgang startete im Refektorium, dem Speisesaal der Mönche mit seinen freigelegten Fresken von 1530. Die romanische Kirche mit dem in gotischem Stil 1470 erneuerten Mittelschiff hat es in sich: wertvolle handgeschriebene und reichhaltig bemalte Messbücher, die Stiftungsurkunde des Klosters, ein Modell der Klosteranlage, der berühmte Passionsring der Staufergattin, der Hl. Irene. An den Säulen Fresken der Stauferfürsten, im Zentrum des Schiffes die Staufertumba, ein Sarkophag von 1450, obendrauf das Stauferwappen mit den drei Löwen.



Die Attraktion von Lorch ist heute natürlich das moderne Monumentalgemälde über die Geschichte der Staufer, vom Lorcher Maler Hans Kloss in kräftigen Farben auf eine fast 360° runde Wand zum 900-jährigen Jubiläum gemalt, 30 × 4,5 m groß. Darauf sind die Stationen und die fürstlichen Zeitgenossen aus der Ära der Stauferherrschaft zu betrachten. Herr Schmiedt wusste dazu viel Geschichtliches und Geschichten zu erzählen, manches davon tragisch.

Voll neuer Eindrücke und Wissen war es Zeit, ganz elementare andere Bedürfnisse zu befriedigen, nämlich Appetit und Durst zu stillen. Im Seehof am idyllischen Leinecksee war der Wintergarten für uns reserviert. Gerhard Kaufmann eröffnete das Beisammensein mit einer Reihe aktueller Informationen. Zunächst über das Ergebnis der Umfrage bei den Mitgliedern über deren Wünsche als Grundlage für die weitere Planung. Weiter über das Thema Transplantationsbeauftragte an den baden-



württembergischen Kliniken, die voraussichtlich nun endlich ab Anfang 2006 per Gesetz eingeführt werden. Dann über die geplante Beteiligung an den Selbsthilfetagen in Aalen vom 3.–4. März 2006, an denen die Mitarbeit der Gruppenmitglieder gefragt ist, und über die – aufgrund der Immunsuppression für Transplantierte generell empfohlene – Gripeschutzimpfung. Das hervorragende Essen trug ebenfalls zur guten Stimmung bei.

Josef Theiss dankte als kommissarischer Ansprechpartner abschließend Gerhard Kaufmann für die gute Vorbereitung. Er warb dafür, dass die Gruppe einen oder besser zwei Ansprechpartner aus ihren Reihen finde und gab noch einige Informationen zum Vereinsleben. Schließlich verabredete man sich für den Dezember zu einem besinnlichen Jahresabschluss in Schwäbisch Gmünd.

Josef Theiss



„Nicht nur Alkoholranke haben Leberschäden“

Einladung des Klinikums Bietigheim/Vaihingen zum 6. Dt. Lebertag

Der Lebertag ist eine gute Einrichtung, denn er deckt einen nicht geringen Bedarf. Wie bereits im letzten Jahr im Klinikum Ludwigsburg war auch der diesjährige am 19. November 2005 im Krankenhaus Bietigheim, verantwortlich veranstaltet von Prof. Dr. Siegfried Walker, bestens besucht. Ja, die Stühle reichten nicht, es musste noch kräftig nachgerüstet werden. Sogar Herr Beckert, der Veraltungsdirektor der Kliniken gGmbH Ludwigsburg-Bietigheim packte mit an. Frau Annemarie Paiani, zuständig für die Öffentlichkeitsarbeit dieser Institution, hatte organisatorisch alles bestens vorbereitet, sogar bis hin zu Kaffee und Brezeln für die Aussteller, zu denen wir ebenfalls gehörten. Prominent und unübersehbar im Eingangsbereich stand unsere Infowand, zwei Tische, reich gefüllt mit Informationsmaterial zu den Themen Lebererkrankungen, Lebertransplantation und nicht zuletzt zur Organspende, ergänzt durch ein Laminiergerät für Spenderausweise. Die Presse hat durch gute Vorbereiche das ihrige dazu beigetragen, mehrmals wurde auf die Veranstaltung hingewiesen.

Prof. Dr. S. Walker begrüßte denn auch erfreut über den regen Zuspruch zu diesem Arzt/Patientenseminar, das Interessierten und Betroffenen die Möglichkeit bieten sollte, sich einerseits über die Funktion und die Aufgaben der Leber zu infor-

mieren. Darüber referierte später Dr. Bach vom Krankenhaus Vaihingen. Hermann Kuon als Sprecher der Hepatitis-Gruppe Ostalb und als Vertreter der Deutschen Leberhilfe wies auf die Probleme hin, die viele Patienten mit ihrer Leber haben und das immer noch vorhandene Vorurteil, Leberranke seien nur Alkoholiker. Dass rund 170 Mio. Menschen weltweit mit dem HCV-Virus infiziert seien, war sicher den wenigsten bekannt.

Es folgten in den Referaten ausführliche Informationen über die verschiedenen Ursachen einer Lebererkrankung bis hin zur Leberzirrhose und zu Lebetumoren. Dazu trugen OA Dr. Ulrich Sapper und Prof. Dr. Siegfried Walker mit gut verständlichen Vorträgen bei, zwischen denen die Teilnehmer ihre persönlichen Fragen stellen konnten. Und nicht zuletzt sprach als Betroffener Josef Theiss zur Lebertransplantation als „zweite Chance zum Leben“ und berichtete über seinen eigenen Weg von der erst spät erfolgten Diagnose einer fortgeschrittenen chronischen Lebererkrankung im Jahr 1988 über die Jahre der Therapien bis hin zu seiner eigenen Lebertransplantation in 1994. Er versäumte nicht, darauf hinzuweisen, dass es ohne



Prof. Dr. Siegfried Walker

Organspende keine Transplantation gibt und er warb darum, dass sich jeder informiere und entscheide. Schließlich stellte Theiss die Kontaktgruppe Ludwigsburg und ihre Angebote vor. Die Klinik bot anschließend die Möglichkeit, durch eine Sonografie sich ein Bild über die Leber zu machen, davon machten 45 Personen Gebrauch.

Im Foyer konnten sich die Teilnehmer an Infoständen der Pharmaindustrie sowie bei der Hepatitis-C-Gruppe und an unserem großen Stand der Selbsthilfe Lebertransplantierte Infobroschüren mitnehmen und Kontakt aufnehmen, was von vielen genutzt wurde. Sicher ist so mancher reicher an Wissen über seine eigene Erkrankung der Leber, aber auch mit hoffnungsvollen Informationen über die heutigen Möglichkeiten erfolgreicher Therapien nach Hause gegangen.

Die Zeitungsreporterin interviewte unsere Ansprechpartnerin Christel Beger-Mehlhorn, ein großes Bild unseres Standes wurde im Rahmen des Zeitungsberichtes über die Veranstaltung am darauffolgenden Montag veröffentlicht.

Josef Theiss

Fotos: Josef Theiss



Weihnachts-/Jahresabschlussfeier der Gruppe Oberfranken/Oberpfalz

Die „Stille Nacht, heilige Nacht“ soll man mit Menschen verbringen, die einem besonders am Herzen liegen. So sahen wir auch unser letztes Gruppentreffen am 10. Dezember 2005. Viele unserer Gruppen- und Vereinsmitglieder sind unserer Einladung gefolgt und so konnte Herbert Schreurs an diesem Nachmittag einen langen Tisch mit 25 Personen begrüßen. Einige waren zum ersten Mal dabei. Mancher war von weit angereist, da sich unser Gebiet Oberfranken/Oberpfalz von der thüringischen Grenze bei Lauenstein bis nach Regensburg erstreckt. Wir hatten wie immer unsere Stammgaststätte Busch in Kötzersdorf gewählt, die so ziemlich in der Mitte nahe Kemnath liegt und in der wir auch immer herzlich willkommen sind. Nach dem „offiziellen“ Teil der Begrüßung, dem Jahresbericht über die von Herbert Schreurs besuchten Seminare, Ansprechpartnertreffen und Mitgliederversammlungen hielten wir inne, um unserer im Jahr 2005 verstorbenen Freunde zu ge-



denken. Mancher dachte dabei wohl an die gemeinsamen Treffen zurück, an dem sie noch in unserer Mitte saßen. Wir ließen dann auch nochmals das Jahr Revue passieren und erinnerten uns an unsere gemeinsamen Unternehmungen in Sachen Organspende wie z.B. die jährlich stattfindende Bayern-weite Motorrad-Sternfahrt im April mit Antenne Bayern in Kulmbach. Bei diesem größten Motorradtreffen Süddeutschlands, bei dem in diesem Jahr über 20.000 Biker vor Ort waren, haben wir mit unserem Stand viele für unsere gute Sache begeistern und auch reichlich



Fotos: privat

Spenderausweise ausgeben können. An dieser Stelle nochmals ein herzliches Dankeschön an unsere Müllers aus Kulmbach für ihren spontanen Wochenendeinsatz.

Nach gemütlicher Kaffeerunde folgte dann eine angeregte Unterhaltung. Auch Planungen für unsere Vorhaben im neuen Jahr wurden diskutiert. Nach dem gemeinsamen Abendessen machten wir uns alle auf den Heimweg.

Angelika Fiebig

Neujahrstreffen in Münster

Zu Beginn des neuen Jahres trafen sich am Samstag, den 14.1.2006, die regionale Kontaktgruppe Münster/Osnabrück der Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V. im Haus Mariengrund in Münster-Gievenbeck. Mit einer Begrüßungsrunde stellten sich die Teilnehmer zunächst kurz vor. Als besondere Gäste waren Dr. Brockmann (Chirurgie UKM), Prof. Dr. Schmidt (UKM) und Dr. Kintrup (DSO Münster) gekommen. Sie berichteten von ihrem jeweiligen Fachgebiet und standen trotz derzeit enormer ärztlicher Arbeitsbelastung für die verschiedensten Fragen der Teilnehmer gerne mit fachkompetentem Rat zur Verfügung. Dr. Kintrup ist seit dem 1.1.2005 als Koordinator in der Deutschen Stiftung Organtransplantation in Münster tätig. Sein Tätigkeitsfeld liegt in der Unterstützung

und Weiterbildung der Krankenhäuser (mit Intensivabteilungen) in Sachen Organspende. Ab 1.1.2006 hat der gebürtige Münsteraner Dr. Brockmann als Nachfolger von Dr. Krieglstein die Transplantationsabteilung in der Chirurgie der UKM übernommen. Prof. Dr. Hartmut Schmidt ist seit dem 1.2.2005 interdisziplinär als Transplantationshepatothologe und auch als Transplantationsbeauftragter im Uniklinikum Münster tätig. Er berichtete u.a. über die Auswirkungen auf die Transplantationsarbeit durch erweiterte Spendermöglichkeiten (z.B. ein Spenderpool; Programm Hep C neu, Nutzung marginaler Organe, Dominotransplantation). Ausgiebig wurde auch über die Unpopularität des Themas Organspende in der Öffentlichkeit diskutiert, obwohl in der Bevölkerung grundsätzlich eine positive Einstellung besteht. Als weiterer Gast dabei

war die Ansprechpartnerin der Hepatitis Selbsthilfe Münster, Frau Lünemann. Sie stellte kurz ihre Gruppe und die Schwerpunkte ihrer Arbeit vor.

Anschließend wurde ein kurzer Rückblick auf die vielen verschiedenen Aktivitäten des vergangenen Jahres gegeben sowie Anregungen und Ideen für die zukünftigen Planungen der Kontaktgruppe gesammelt. Mit dem Tenor, die regionalen Treffen und Aktionen im Rahmen des Vorjahres beizubehalten und Initiativen mit Kontinuität fortzusetzen, beschlossen wir den Nachmittag. Anschließend ließen wir, wer noch wollte bzw. konnte, den Tag bei einem Abendessen in einem nahe gelegenen Lokal harmonisch ausklingen.

Cilly Strot-Bücker



Buchbesprechung:

Der Herausgeber (Dr. jur. Michael Balke) des neuen Ltx-Büchleins: „Schmerzfrei Enten gucken – Familienunternehmen Lebertransplantation“ fasst wie folgt zusammen:

Die Autoren Dirk Balke (Organspender), Sabine Hartmann (beinahe Organspenderin und Ehefrau des Organempfängers) sowie Michael Balke (Organempfänger) möchten mit ihren tabufreien Erfahrungsberichten Schwersterkrankte und deren Angehörige nicht nur informieren, sondern auch emotional ansprechen – mitunter sogar unterhalten, schließlich ist unser geliebter BVB 09 Borussia Dortmund im Transplantationsjahr 2002 Deutscher Fußballmeister geworden.

Insbesondere diejenigen werden sich angesprochen fühlen, die nur aufgrund einer Transplantation überleben können, also Patienten in Lebensgefahr, denen kaum Zeit verbleibt, auf eine Organspende durch einen Verstorbenen (Hirntoten) zu warten. Im Vordergrund steht dabei die Beschreibung einer Leber-Lebendpende von der Diagnose des Organversagens über die Transplantationsvorsorge, die Operationen selbst, wohl die schwierigsten am Men-



schen überhaupt, und über die Transplantationsnachsorge bis zum beruflichen Wiedereinstieg mit allen seinen menschlichen, medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten.

Gleichwohl liegt hier kein weiterer Patientenratgeber, etwa von A bis Z, vor. Davon gibt es schon viele, die alle nützlich sind und auf die insbesondere sachverständige Organisationen hinweisen (etwa: Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland, www.lebertransplantation.de)

Das Besondere dieses Werkes liegt wohl darin, dass ein und derselbe Vorgang von verschiedenen Betroffenen und damit aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet wird. Daneben will die Autorengemeinschaft auf eine grundlegende Veränderung des deutschen Transplantationsrechts hinwirken. So weist das Werk kritisch auf den in Deutschland hausgemachten Organmangel hin und enthält ein Plädoyer, die durch das Transplantationsgesetz von 1997 festgeschriebenen Mangelzustände zu beseitigen. Dies im wohlverstandenen Sinne der vielen tausend Wartepatienten mit ihren Angehörigen in Deutschland.

Dr. Michael Balke

Einsatz für Mitmenschen – nicht selbstverständlich

Über ganz Deutschland verteilt – von Bremen bis Garmisch, von Münster bis Dresden – stehen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Selbsthilfe Lebertransplantierte telefonisch und persönlich für die Mitbetroffenen zur Verfügung. Keine leichte Aufgabe, sind wir doch alles selbst Betroffene. Selbst sonn- und feiertags sind manche von uns gesprächsbereit. Diese ehrenamtliche Arbeit ist wichtig für Menschen, die Ängste und Fragen haben und über ihre Situation sprechen möchten. Teilweise wenden sich Angehörige an uns, deren Verwandte sich in aussichtsloser Situation befinden. Auch hier wird Trost telefonisch wie bei Besuchen gespendet. Es geschieht oft, dass wir umfangreich informieren, zuhören, betreuen – und dann hören wir nie wieder etwas von den An-

rufern. Das ist dann frustrierend. Manchmal treten die Menschen, denen geholfen wurde, in den Verein ein, um von unserer Arbeit weiter zu profitieren und zeigen, dass sie das Solidaritätsprinzip, das

ner unserer Ansprechpartner nach einem langen, schwierigen Einsatz für einen Mitmenschen als Widmung in ein Büchlein geschrieben:

„Mag sein, dass der jüngste Tag morgen anbricht, dann wollen wir gern die Arbeit für eine bessere Zukunft aus der Hand legen, vorher aber nicht.“

Dietrich Bonhoeffer

Auch per Mail gibt es ab und zu ein Dankeschön, wie hier von einem Vater, dessen Kind eine sehr spezielle Leberproblematik aufweist:

Hallo ..., vielen Dank für Ihre Hilfe – dies war die erste ernstzunehmende Info – ich werde ein bisschen weiter recherchieren und mich im Bedarfsfall noch einmal melden – nochmals vielen Dank für die angebotene Unterstützung.

Es grüßt Ihr B.T.

Lieber Herr ... Für die Hilfe und Ihr Mitfühlen, für Ihren großen Einsatz für uns und meinen Vater, für die Nächstenliebe, die Sie uns bewiesen haben, danke ich Ihnen ganz herzlich. Sie waren ein „barmherziger Samariter“ in der Not für uns! ...

unserer Arbeit zugrunde liegt, unterstützen wollen. Manches Mal bekommen wir auch eine positive Rückmeldung, die ein Stück weit Lohn für unsere Arbeit darstellt. Ein solches Dankeschön erhielt ei-

Nun wünsche ich Ihnen viel Kraft und Mut und Gottes Segen für Ihre Leber!

Ihr U.B.

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. A. Königsrainer, Universitätskliniken Tübingen, 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 a.N., Leberzentrum/Gastroent.
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 Lebertransplantiertes

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 Lebertransplantiertes Deutschland e.V.

Ausgabe 2/2006

Herausgeber:

Selbsthilfe Lebertransplantiertes 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.

- AOK Bayern
- AOK Bundesverband
- AOK Essen
- BEK Essen
- BKK Krupp/Thyssen Essen
- Bundesverband der Landw. Krankenk.
- DAK
- Stadtkirchenkasse Hannover
- Stadtparkasse Wuppertal

Pharmazeutische Industrie

- Astellas Pharma GmbH
- BASF AG
- Biotech Fresenius GmbH
- Dr. Falk Pharma GmbH
- Hoffmann La-Roche AG
- Novartis GmbH

Unseren Mitgliedern und Gönnern

- Bäckerei Welp, Essen
- Dagmar Baake
- Heinz und Roswita Dahs
- Folien Design, Essen
- Flohmarkt Kontaktgruppe Ludwigsburg
- Förderverein Hattingen
- Goldene Hochzeit Fam. Keller, Radevormwald
- Gerd Keller, Radevormwald
- Klaus Leitz, Ditzingen
- Dr. Thumm, Überlingen
- Trink Gut, Essen
- Nicola Zimmermann

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.

Einen Fehler machen und ihn nicht korrigieren – das erst heißt wirklich einen Fehler machen.

Konfuzius (551–479 v. Chr.)

Bei der Auslieferung der „Lebenslinien“ 1/2006 sind leider einige Exemplare in Umlauf gekommen, die fehlerhaft oder unvollständig waren. Wir haben die Fehlerquelle erkannt und hoffentlich abgeschafft. Sollte aber trotzdem einmal mit einem Heft etwas nicht in Ordnung sein, reklamieren Sie dies bitte umgehend, denn wir sind sehr daran interessiert, Ihnen möglichst fehlerfreie „Lebenslinien“ zu liefern.

Die Redaktion

Termine 2006

Am 10. März 2007 finden die nächste Mitgliederversammlung statt. Bei der Versammlung am 11.3.2005 haben die Mitglieder beschlossen, dass Anträge zur Mitgliederversammlung bis acht Wochen vor der Versammlung gestellt werden müssen. Wir bitten, diese Frist zu beachten!

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.

3. Juni 2006	Tag der Organspende
8. Juli 2006	Patientenveranstaltung im Universitätsklinikum Mainz
8. Juli 2006	Patientenveranstaltung im Universitätsklinikum Heidelberg
4. August 2006	Wartepatientengespräch in Universitätsklinikum Regensburg
8. September 2006	Wartepatientengespräch im Universitätsklinikum Mainz
20. September 2006	Wartepatiententreffen im Universitätsklinikum Tübingen
2. Oktober 2006	Wartepatiententreffen im Universitätsklinikum Heidelberg
6.-8. Oktober 2006	Wochenende der Begegnung in Goslar
10. Oktober 2006	Patientenveranstaltung in Hamburg
18. November 2006	Deutscher Lebertag
2. Dezember 2006	Patientenveranstaltung in Regensburg
10. März 2007	Mitgliederversammlung/Jahrestagung im Kloster Himmelspforten in Würzburg
4.-6. Mai 2007	1. Deutscher Patiententag Lebertransplantation im Universitätsklinikum Hannover

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



Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Mitglied

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

... wie werde ich Mitglied?

Der Jahresbeitrag

beträgt € 40,- für eine Person (Betroffener).
Für eine Familienmitgliedschaft (Betroffener und ein/e Angehörige/r) € 55,-.
Weitere Familienmitglieder bezahlen je € 25,-/Person.
Kinder unter 15 Jahren sind beitragsfrei.
Jugendliche unter 18 Jahren, Schüler, Azubis und Studenten € 20,-.
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.

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

E-Mail

Grunderkrankung

Transplantiert in

am

Ort, Datum

Unterschrift Betroffene/r

Unterschrift Angehörige/r

Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

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)

Jugendl., Schüler, Azubis, Studenten (€ 20,-) (Kinder bis 12 Jahre beitragsfrei)

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 Lebertransplantiertes 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. (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



Beisitzer
Henry Kühner

Hermannstr. 16, 85221 Dachau
Tel. (0 81 31) 8 61 78, Fax 8 61 25
Huikuetz@aol.com



Beisitzer
Peter Mohr

Moorweg 50, 21337 Lüneburg
Tel. (0 41 31) 5 32 17
mohmolgd@t-online.de



Beisitzer
Egbert Trowe

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

Den Vorstand unterstützend mit Sonderaufgaben

Mariele Höhn

Ulrich Kraus

Josef Theiss

Maren Otten

Christine Katz

Heinz Reiter

Dr. Ulrich R.W. Thumm

Jutta Vierneusel

Selbsthilfe Lebertransplantiertes
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

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Auf den folgenden zwei Seiten finden Sie Ansprechpartner für telefonische oder persönliche Gespräche. **Die mit * gekennzeichneten Ansprechpartner organisieren regelmäßig Kontaktgruppentreffen für Mitglieder und Interessierte (teilweise zusammen mit benachbarten Ansprechpartnern).** Nehmen Sie bei Interesse Kontakt auf.

Hamburg/Schleswig-Holstein

Hamburg kommissarisch: * **Peter Mohr**,
Tel. (0 41 31) 5 32 17, mohmolgd@t-online.de
Lübeck **Jürgen A. Behrens**, Tel. (04 51) 60 31 86

Niedersachsen/Bremen

Bremen/Unterweser * **Udo Schmidt**, Tel. (04 21) 396 26 54
Udo.Schmidt@nord-com.net
Nordwest-Niedersachsen * **Ansgar Frischkemuth**, Tel. (0 49 61) 6 72 72,
ansgar.frischkemuth@freenet.de
Hannover * **Werner Pollakowski**, Tel. (0 53 41) 4 60 01,
w.pollakowski@web.de
Göttingen/Kassel **Nicola Zimmermann**, Tel. (05 51) 7 70 13 40
Lüneburg **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@arcor.de
Hennigsdorf * **Siegfried Maaß**, Tel. (0 33 02) 22 13 50
siegma40@hotmail.com

Mecklenburg-Vorpommern

Schwerin **Ilona Freitag**, Tel./Fax (03 87 88) 5 02 63
Wismar **Christine Berning**, Tel. (0 38 41) 70 14 73

Sachsen-Anhalt

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

Sachsen

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

Thüringen

Erfurt * **Katharina Schönemann**, Tel. (03 62 06) 26 800,
KSchonemann@aol.com

Nordrhein-Westfalen

Hochsauerlandkreis **Angelika Grimaldi**, Tel. (0 29 32) 3 79 76
Münsterland/Ruhrgeb. Nord **Klaus Trinter**, Tel. (0 23 67) 16 45, Fax 93 42,
Klaus.Trinter@gmx.de
Bielefeld **Gabriele Hankel**, Tel. (05 21) 2 39 91 64
Essen * **Moni Kuhlen**, Tel. (02 01) 3 65 76 64,
Fax 25 28 38, DMT.Kuhlen@t-online.de
Münster/Osnabrück * **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
Margret Smit, Tel. (0 54 01) 4 00 03,
margret@smit-net.de
Wuppertal/Düsseldorf * **Kerstin Hucke**, Tel. (02 02) 44 11 95,
Kerstin.hucke@web.de
Niederb. Land/Ruhrg. Ost **Monika Hasenauer**, Tel. (0 23 27) 99 58 78,
moni@mykind.de
Ruhrgebiet Nord **Udo Biemann**, Tel. (0 23 61) 1 64 90,
Jens.Biemann@gmx.de
Remscheid/Solingen kommissarisch: **Birgit Schwenke**, s.u.
Oberberg. Land/Siegerl. Nord * **Birgit Schwenke**, Tel. (0 21 95) 6 92 31,
Fax 93 39 80, bsschwenke@yahoo.de
Siegen/Gummersbach **Cigdem Kleinjung**, Tel. (0 22 63) 48 16 48,
cigdemkleinjung@arcor.de
Köln * **Zita Lauer**, Tel. (02 21) 952 50 97,
Zita.Lauer@freenet.de
Bonn **Sigrid Müller**, Tel. + Fax (0 26 45) 23 84
* **Stephan Mickan**, Tel. + Fax (0 22 43) 70 08,
Stephan-mickan@web.de
Viersen/Mönchengladbach * **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
Westerwald-Rhein/Lahn * **Mariele Höhn**, Tel./Fax (0 26 02) 8 12 55,
amhoehn@web.de
Jutta Kulbach, Tel. (0 64 31) 5 19 79,
Jutta@Kulbach-Elz.de
Frankenthal **Heinz Reiter**, Tel. (0 62 33) 6 19 22, Fax 36 62 86
Kaiserslautern **Anne Herrmann**, Tel. (06 31) 370 48 07

Hessen

Frankfurt/Main kommissarisch: **Jutta Vierneusel**, Tel. (0 62 02)
70 26 13, Fax 70 26 14, vierneusel@t-online.de
Gießen/Wetzlar/Marburg **Hermann Straub**, Tel. (0 60 43) 98 51 15,
Fax 972 00 13, hermann.straub@chrischona.org
Südhessen **Harry Distelmann**, Tel. (0 61 51) 31 80 93
harrydistelmann@arcor.de

Ansprechpartner/Kontaktgruppen für Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige

Sie wünschen Kontakt zu Mitbetroffenen in Ihrer Wohnortnähe. Wenn Sie den Ansprechpartner in Ihrer Nähe nicht erreichen, wenden Sie sich an:

Ort	Name	Telefon	Telefax	E-Mail
16761 Hennigsdorf	Siegfried Maaß	(0 33 02) 22 13 50	–	siegma40@hotmail.com
21327 Lüneburg	Peter Mohr	(0 41 31) 5 32 17	–	mohmolgd@t-online.de
42477 Radevormwald	Birgit Schwenke	(0 21 95) 6 92 31	(0 21 95) 93 39 80	bsschwenke@yahoo.de
68782 Brühl	Jutta Vierneusel	(0 62 02) 70 26 13	(0 62 02) 70 26 14	vierneusel@t-online.de
74321 Bietigheim-Bissingen	Josef Theiss	(0 71 42) 5 79 02	(0 71 42) 77 39 333	joseftheiss@t-online.de
74626 Bretzfeld	Jutta Riemer	(0 79 46) 94 01 87	(0 79 46) 94 01 86	jutta.riemer@gmx.net

Fortsetzung von Seite 63

Saarland

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

Baden-Württemberg

Mannheim **Wolfgang Bier**, Tel. (0 62 02) 1 53 33
wolfbier@nexgo.de

Heidelberg * **Andrea Sebastian**, Tel. (0 62 01) 50 86 13,
andiseb@web.de

Karlsruhe * z.Zt. **Jutta Riemer**, Tel. (0 79 46) 94 01-87,
Fax -86, jutta.riemer@gmx.net

Heilbronn * **Gerda Schieferdecker**, Tel. (0 71 33) 96 47-47,
Fax -48, G.Schieferdecker@gmx.de

Hohenlohe **Jutta Riemer**, Tel. (0 79 46) 94 01-87, Fax -86,
jutta.riemer@gmx.net

Ludwigsburg * **Josef Theiss**, Tel. (0 71 42) 5 79 02,
Fax 77 39 333, joseftheiss@t-online.de

Reims-Murr-Kreis **Christel Beger-Mehlhorn**, Tel. (0 71 41) 56 55 99,
C.Beger-Mehlhorn@online.de

Tübingen * **Gerhard Bölcke**, Tel. + Fax (0 71 91) 8 21 72,
ligebe@gmx.de

Tübingen * **Guenther Lehnen**, Tel. (0 71 57) 43 54,
Fax 98 93 22, GuentherLehnen@aol.com

Stuttgart/Esslingen * **Rosemarie Weiß**, Tel. (0 71 1) 37 27 37,
rosi.weiss@arcor.de

Nürtingen **Irmgard Klein**, Tel. (0 70 21) 48 39 56
Ernst Eberle, Tel. (0 70 25) 63 66, Fax 71 78,
(0 172) 7 15 65 45, eberle-kohlberg@t-online.de

Ostalb

* z.Zt. **Josef Theiss**, Tel. (0 71 42) 5 79 02,
Fax 77 39 333, joseftheiss@t-online.de

Zollernalbkreis

Barbara Knoll, Tel. (0 74 76) 18 79,
w.b.knoll@tiscalinet.de

Ulm

* **Andrea Schilling**, Tel. (0 73 07) 95 15 05,
Fax 95 25 06, a.u.w.schilling@online.de

Bodensee

* **Maren u. Jürgen Otten**, Tel. (0 75 44) 7 17 75,
Fax 74 11 56, ottens@jumatira.de

Freiburg/Hochrhein

* z.Zt. **Josef Theiss**, Tel. (0 71 42) 5 79 02,
Fax 77 39 333, joseftheiss@t-online.de

Bayern

München

* **Alfred-Josef Truger**, Tel. (0 89) 48 72 97,
Fax 44 49 92 09, ajotte@t-online.de

Oberbayern

* **Irene Kühner**, Tel. (0 81 31) 8 61 78,
Fax 8 61 25, HUIKUETZ@aol.com

Niederbayern

Ulrike Eisele, Tel. (0 88 21) 967 78 71,
Fax 967 78 72, privat@ulrikeeisele.de

Östl. Oberbayern/Niederb.

Gerhard Mühlberger, Tel. (0 85 03) 12 52,
Fax 92 21 21, gerhard.muehlberger@web.de

Oberfranken/Oberpfalz

Rosi Achatz, Tel. (0 86 34) 16 97
* **Herbert Schreurs**, Tel. + Fax (0 92 27) 97 38 34

Erlangen/Nürnberg

* **Jürgen Glaser**, Tel. (0 91 71) 89 83 58
Birgit Binder, Tel. (0 91 22) 87 63 20,
Fax 87 63 27, hwb.binder@web.de

Unterfranken

* **Wolfgang Scheuplein**, Tel. (0 93 83) 65 21,
wscheuplein@yahoo.de

Weitere Ansprechpartner

... für junge Lebertransplantierte

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

... für alle Kinder und Jugendliche

Joachim F. Linder, Tel. (0 30) 96 20 25-56, Fax -57,
(0 172) 3 21 69 55, J.F.Linder@web.de

... für Säuglinge und Kleinkinder

Petra Dahm, Tel. (02 08) 30 43 75-1, Fax -3
petra.dahm@arcor.de

... Süd für Hinterbliebene

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

... für Angehörige von Betroffenen

Dieter Kuhlen, Tel. (02 01) 3 65 76 64,
Fax (02 01) 25 28 38, DMT.Kuhlen@t-online.de

... für Lebendspende

Henry Kühner, Tel. (0 81 31) 8 61 78,
Fax (0 81 31) 8 61 25, Huikuetz@aol.com

... für Schwerbehindertenrecht

Stefan Sandor, Tel. (09 21) 788 23 17,
stefan.sandor@email.de

... für die verschiedenen Gunderkrankungen der Leber

Peter Mohr, Tel. (0 41 31) 5 32 17,
mohmolgd@t-online.de

Medizin anno dazumal Xenotransplantation

Im Gegensatz zur üblichen Auffassung, dass Xenotransplantation zukunftsweisend sei, handelt es sich womöglich um einen alten Hut aus der Mottenkiste. Bereits im Jahre 1682 wurde einem russischen Adligen, der in einer Schlacht verwundet worden war, die Schädeldecke mit Teilen von Hundeknochen geflickt. Allerdings war das Experiment nur von kurzer Dauer, da die russisch-orthodoxe Kirche den Patienten mit Exkommunizierung bedrohte mit der Begründung, dass ein wahrer Christ keinen Teil eines Hundes im Kopf haben könne. Dem adligen Herrn war sein Seelenheil teurer als sein Kopf, und so ließ er die Hundeknochen wieder entfernen.

Dr. Ulrich R. W. Thumm

Nach G. Wayne Miller, in: *The Xeno Chronicles: Two Years on the Frontier of Medicine Inside Harvard's Transplant Research*



ZUNÄCHST FREMD, DOCH SCHNELL EINGELEBT.

Sorgen Sie dafür, dass es so bleibt.

*Weltweit tätig, forschungsorientiert,
verantwortungsbewußt:*

Die Roche Pharma AG entwickelt
innovative Arzneimittel, um wertvolle
transplantierte Organe zu erhalten.



Pharma