

LEBENS LINIEN



Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

2/2008



Inhalt

Editorial	1
-----------------	---

LEITARTIKEL

Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit	
Arzt-Patient-Beziehung aus christlicher Sicht	2
Buchbesprechungen: Empathie und Kooperation	4
Gedicht: Freier Fall	6

TRANSPLANTATIONS-MEDIZIN

Chirurgische Therapie des hepatozellulären Karzinoms im Zeitalter der Leberlebendspende	7
Häufige Fragen zur Lebertransplantation (Teil 2)	11
Der MELD score: Erste Erfahrungen und offene Fragen	13
Erfahrungen mit „rescue“-Organangeboten	14

HEPATOLOGIE

Interferontherapie bei Hepatitis C	15
Rezidiv der Grunderkrankung nach Lebertransplantation ...	17
Aus Wissenschaft und Forschung:	20
In-vivo-Herstellung von Lebergewebe · Leber als Stamm- zellpool · Fettleber: Auftreten/Abklingen und Krankheits- fortschritt · Körperfettverteilung und metabolisches Syndrom · Thymoglobulin und Ischämie-Reperfusionss- schäden · Ergebnisse der Spenderevaluierung bei Leber- lebendspende	
Broschüre: Leberzellkrebs beim Leberkranken	22

AUS DEN ZENTREN

Zentrum Großhadern: DAS MÖGLICHE TUN – für Patienten auf der Warteliste	23
Zentrum Jena:	
Die 50. Lebertransplantation im Jahr 2007	24
Erster Lebtag am Universitätsklinikum Jena	24
Für Sie in die Presse geschaut	25
Zentrum Frankfurt: Wartepatientengespräch	25
Zentrum Mainz: Wartepatientengespräch	25
Arzt-Patienten-Seminar	26
MELD – und die Lücken im System	26

TRANSPLANTATIONSGESETZ · ORGANSPENDE

Deutschland: Organspende und Transplantation im Jahr 2007	27
Fachfilm für Ärzte und Pflegepersonal	28
Jürgen Vogel unterstützt Schulprojekt zur Organspende in Bayern	29
Nehmen Sie sich ein Herz – sagen Sie „JA“ zur Organspende	29
Hessische Sozialministerin spricht mit Schülern über Organspende	30
Ausführungsgesetz zum TPG jetzt auch in Nordrhein-Westfalen	30
„Organspende – dafür bin ich doch zu alt!“ – oder doch nicht?	31
Organspendeausweis	31
Organspende auf amerikanische Art	33
Können Worte töten?	34

GESUNDHEIT · RECHT · SOZIALES

Tx-Zentren und Reha-Kliniken	35
Muss ich alles sagen? Bewerbung als Schwerbehinderte/r	37
Beipackzettel – die unverständliche Medikamentenbeilage?	37
Probandenversicherung	38
Kann man nach einer Lebertransplantation noch eine Lebensversicherung abschließen?	38
Anfragen an unseren Patientenverband zum Thema Medikamente	39
„Rat und Hilfe“ – Die Buchreihe für Betroffene und Angehörige	40

GEIST · KÖRPER · SEELE

Psychische Aspekte von Darmerkrankungen.....	42
Sport nach Lebertransplantation	43
Psychische Belastungen von Angehörigen vor Lebertransplantation	45

Gedenken	47
-----------------------	----

ERNÄHRUNG

Kräuter zum Genießen und Heilen	48
---------------------------------------	----

VEREINSGESCHEHEN

Wochenende der Begegnung	50
Fünf Jahre Kontaktgruppe Bremen	51
Arbeitskreis Transplantationspflege AKTX – Elftes Pflegesymposium in Mainz	52
„Die kranke Leber“ – wie erkennen, welche Ursachen, wie behandeln?	53
Jahresabschluss im Aalener Weihnachtsland	54
Erstes Kontaktgruppentreffen an der Uniklinik in Regensburg	54
Neuer Ansprechpartner in Görlitz	55

VERMISCHTES

Leserbrief	55
Adressen Fachbeiräte – Dank an unsere Sponsoren – Impressum	56
Termine – Beitrittserklärung	57
Adressen Verein – Vorstand	58
Ansprechpartner/Kontaktgruppen	59
Medizin mit gesundem Menschenverstand	U3



„Be Together“

Wolfram Ketz

Wir danken dem Künstler für die Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.

Kontakt: www.wolffcat-art.com



Seit 15 Jahren: Lebertransplantierte Deutschland e.V. – jetzt mit neuem Namen!

Liebe Leserinnen und Leser,

je differenzierter sich medizinische Therapie- und Diagnosemethoden entwickeln, umso mehr Fragen oder auch Unsicherheiten und Ängste sind damit bei uns Patienten verbunden. Steht dem Menschen eine Transplantation bevor, handelt es sich um eine potenziell lebensbedrohliche Situation und einen großen Einschnitt im Leben. Patient und Angehörige müssen mit u.U. langer Wartezeit rechnen, Ängste vor der OP bewältigen und sich mit dem Thema der Organspende und der Akzeptanz des „fremden“ Organs auseinandersetzen u.a.m. In solchen Krisensituationen sind Austausch unter gleichermaßen Betroffenen und ergänzende Information besonders hilfreich.

Vor 15 Jahren wurde aus dieser Motivation heraus unser Verein als lokale Gruppe mit dem Ziel gegenseitiger Hilfestellung als „Selbsthilfegruppe Lebertransplanter Heidelberg e.V.“ gegründet. Sehr bald war den Gründungsmitgliedern klar, dass es dahingehend einen gewaltigen Bedarf gab und das nicht nur um Heidelberg herum. Durch zielstrebige ehrenamtliche Arbeit der langjährigen Vorsitzenden Jutta Viereusel, der Vorstandsmitglieder, Redaktionsmitglieder, Ansprechpartner u.a. wuchs der Verein zum bundesweit tätigen Verband heran, der u.a. ganz speziell auf Lebertransplantationspatienten ausgerichtetes Informationsmaterial herausgibt, Patientenveranstaltungen organisiert und sich nicht zuletzt auch politisch engagiert, die Interessen der Lebertransplantationspatienten aktiv vertritt – und vor allen Dingen das persönliche Gespräch anbietet.

Gemäß der erweiterten Aufgabenfelder und der bundesweiten Ausdehnung unseres Verbandes hat sich unser Name im Laufe der Zeit geändert. Aktuell durch Beschluss der Mitgliederversammlung am 8.3.2008. Die Mitglieder entsprochen einstimmig dem vorliegenden Antrag. Seitdem heißt der Verein:

„Lebertransplantierte Deutschland e.V.“

- Es wird deutlich, dass wir alle zusammen mehr als eine Selbsthilfegruppe darstellen, obwohl über Deutschland verteilt viele Selbsthilfegruppen (Kontaktgruppen) unseres Verbands existieren.
- Betroffene finden uns in diversen Verzeichnissen unter dem Anliegen (Leber bzw. Lebertransplantation) und nicht unter vielen anderen Selbsthilfegruppen.
- Der neue Vereinsname ist kürzer.

Durch den neuen Namen ändern sich unsere Zielsetzungen nicht. Der Selbsthilfegedanke wird immer im Vordergrund stehen. Alle Maßnahmen der Aktiven im Verband zielen letztendlich auf konkrete Hilfen für die Mitbetroffenen.

Denn was bedeutet Selbsthilfe? – Betroffene helfen Betroffenen durch Information, Kontakte und vor allen Dingen durch Hilfe zur Selbsthilfe.

Ich hoffe, Sie finden auch in dieser Ausgabe wieder Informatives, Hilfreiches und Interessantes.

Jeden Tag viele frohe Momente und Gründe zum Lächeln
wünscht Ihnen

Jbe
Jutta Viereusel

Das christliche Menschenbild ist geprägt von der Vorstellung, Kranksein und Krankheit seien Teil eines Lebensvorganges. Das Heilen ist danach ein Akt, der dem Leben hilft, und nicht die Reparatur eines „Maschinendefektes“.

Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit

Arzt-Patient-Beziehung aus christlicher Sicht

Auf ein christlich geprägtes Menschenbild geht die Gründung von Krankenhäusern, Betreuungsstationen, die Versorgung akut in Not Geratener, die Unterbrechung kriegerischer Handlungen zur Versorgung Verletzter und letztlich auch die tiefere Begründung für Solidarität mit Kranken innerhalb einer Gesellschaft zurück. Das so genannte ärztliche Ethos bezieht sich auch heute noch gern auf seine hippokratische Tradition, die eine gewisse Rechtssicherheit im Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient vermittelte und den medizinischen Handlungsauftrag mit der Pflicht verband, primär um das Wohl des Kranken bemüht zu sein und in jedem Fall für das Leben einzustehen. Der Gedanke der Hinwendung zum leidenden Menschen jedoch, der den Kranken nicht als Vertragspartner, den es sachgemäß und höflich zu behandeln gilt, sondern als Mitmenschen begreift, geht auf die christliche Tradition zurück.

Die Kernfrage nach der menschlichen Existenz lässt sich trotz aller wissenschaftlicher Fortschritte und aller intellektueller Fähigkeit nicht erkenntnistheoretisch erklären, stattdessen betrachtet man einen Ausschnitt. So dienen neue biologische Erkenntnisse als Mosaiksteine beim Ausfüllen der biochemischen und physiologischen Landkarte der Existenz. Sir John Eccles, dem Nobelpreisträger für Medizin und wohl bekanntesten Neurophysiologen des zurückliegenden Jahrhunderts, ist es zu verdanken, dass die Strukturen von Rückenmark, spinaler Ebene, Hirnstamm, Kleinhirn, Mittelhirn und Großhirnrinde heute ein funktionelles Bild ergeben, das viele Krankheiten im neurologischen Bereich besser erklären hilft. Eindrucksvoll ist sein Fazit nach fast 50-jähriger wissenschaftlicher Tätigkeit, indem er feststellt, dass bei allen Erkenntnissen aus Experiment und Beobachtung die Individualität des Einzelnen, der Kontext zwischen Geist

und Psyche oder ein Hinweis für den Sitz der Seele im Körper nicht zu finden war. Auch 25 Jahre nach Eccles gibt es solche Hinweise nicht. Ebenso muss im Hinblick auf den Anfang und das Ende des menschlichen Lebens konstatiert werden, dass die Biologie nur einen Teilaspekt erklärt.

Das Leben entwickelt sich einem Ziel entgegen; alles ist dieser Prozesshaftigkeit unterworfen. Mit dieser Feststellung ist keineswegs verneint, dass bestimmte Zeitpunkte in der Existenz des Menschen medizinisch definierbar sind. So ist ohne Frage die Bestimmung des Todeszeitpunktes aus naturwissenschaftlicher, erfahrungspsychologischer und letztlich gesellschaftlich konventioneller Begründung heraus möglich und heute auch mit dem eingetretenen Hirn- und Herztod festgelegt. Für die Frage nach Beginn des menschlichen Lebens ließe sich in Analogie die Verschmelzung von Ei und Samenzellen als Zeitpunkt benennen. Beide Zeitpunkte akzeptieren, dass sowohl vorher als auch nachher bestimmte biologische und darüber hinausgehende, nicht definierbare Prozesse stattfinden, die zum Anfang oder Ende des menschlichen Lebens gehören. Die Akzeptanz von spezifischen Zeitpunkten für das Ende oder den Anfang des Lebens bedeutet in sich nicht eine Biologisierung oder Materialisierung der menschlichen Existenz.

Dennoch führt die zeitliche Fixierung des Lebensbeginns und des Lebensendes zu wichtigen Schlussfolgerungen für den Umgang mit dem Individuum. Besondere Beachtung ist der fraglichen Ein-



Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckard Nagel

heit oder Getrenntheit der geistigen beziehungsweise körperlichen Existenz entgegenzubringen. Wird beim Ausfall aller Hirnfunktionen von einem Auseinanderbrechen der körperlichen Koordination und geistigen Integration gesprochen und somit vom Ende des materiellen Lebens, bedeutet dies nicht, dass darin eine

strenge Trennungslinie zwischen Körper und Geist zum Ausdruck kommt. Der Mensch ist aus christlicher Sicht ein von Gott geschaffener, eine geistlich leibliche, gewollte Daseinsform und verkörpert diese Einheit aus Geist und Materie. Gott steht der geistigen Dimension des Menschen in keiner Weise näher als der leiblichen. Der Schöpfungsglaube, davon überzeugt, dass alles, was Gott geschaffen hat, positiv bestimmt ist, konstituiert den Menschen als ein Individuum, das seinen Sinn in sich selbst trägt.

In diesem Sinne ist festzuhalten, dass das Leben eine langsame Geburt zum Leben darstellt: alles ist dieser Prozesshaftigkeit unterworfen. Dass der Körper dabei ungeheure Potenziale des Ausgleichs und der Regeneration aufweist, gehört zum Wunder des Lebens: Aus der Vereinigung von Ei und Samenzelle entsteht ein spezifisches Genom, in seiner In-

dividualität einzigartig, zumindest in seiner entgeltigen Ausprägung. Dieses Entwicklungspotenzial verlässt den Menschen in vielerlei Hinsicht nicht mehr und ist häufig die Grundlage therapeutischen Handelns, zum Beispiel im Hinblick auf die Regenerationsfähigkeit nach chirurgischen Eingriffen.

*Das Leben entwickelt sich
einem Ziel entgegen:
alles ist dieser Prozess-
haftigkeit unterworfen.*

Während die Gesundheit heute Voraussetzung für das Bestehen in einer durch Konkurrenz gekennzeichneten sozialen Situation ist, kann das Verständnis dessen, was als Kranksein angesehen wird, sehr unterschiedlich ausfallen: In der kulturellen Vorstellung bedeutet Krankheit eine Störung übergreifender Art. Mit übergreifender Art ist gemeint, dass nicht nur die körperlichen Aspekte dazugehören, sondern dass auch zum Beispiel seelische Momente eine wichtige Rolle spielen. Dass auch ökologische und soziale Faktoren krankheitsauslösend sein können, gehört schon zu den Erkenntnissen Rudolf Virchows.

Der Hannoveraner Internist und Philosoph Fritz Hartmann unterscheidet zwischen dem *homo patiens* und *homo compatiens*. Als gesund charakterisiert er einen Menschen, der mit oder ohne nachweisbare Mängel seiner Leiblichkeit allein oder mithilfe anderer dazu fähig ist, seine persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe so zu verwirklichen, dass er am Ende sagen kann: Dies war mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben. Der *homo compatiens* – das Gegenüber in Pflege und Medizin – hat die Aufgabe, als Mitfühlender und Geduldiger dem Erleidenden und Erduldenden Hilfestellung zu geben.

So ist denn auch der erste Satz des Genfer Ärztegelöbnisses in Fortschreibung des hippokratischen Credo formuliert als: „Die Gesundheit des Patienten wird meine erste Sorge sein.“

Christus als Heilender, als derjenige, der sich den Entrechteten, den Hilfslosen, den Kranken, Schwachen und Alten vordringlich zugewandt hat, hat dieses Prinzip neu begründet, hat auch aus dem Wohlwollensprinzip die Hinwendung zum leidenden Menschen geformt und damit ärztliches Handeln unveränderlich geprägt. Das begründende ethische Prinzip ist das der Nächstenliebe, so wie es sich in der Bergpredigt in der Formulierung findet: „Alles nun, was Ihr wollt, dass Euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch!“ (Matthäus 7, 12). In der kritischen Philosophie Kants wird hieraus der kategorische Imperativ auch in der Formulierung dahingehend, dass man nach derjenigen Maxime handeln solle, von der

man wolle, dass sie ein allgemeines Gesetz werde. Kant spricht von einer praktischen Notwendigkeit, die sich aus der Forderung der Vernunft ableitet. Sie ist Ausdruck der „Autonomie der praktischen Vernunft“ und zeigt die Freiheit des Einzelnen.

Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit werden zu konstituierenden Elementen der menschlichen Existenz, zur Richtschnur medizinethischen Verhaltens, und formen damit das Menschenbild in der Arzt-Patient-Beziehung. Die Medizin wird

als Mittel gesehen, dem Nächsten zu dienen. Ärztliche Therapiefreiheit im wohlverstandenen Sinne findet hier ihren Ursprung. Das Leben wird verstanden als ein Geschenk, nicht im Sinne eines einmaligen Aktes, sondern als ein sich

immer wiederholender Prozess – wissend, dass naturgemäß der äußere Mensch verfällt, während, wie Paulus es beschreibt, der innere sich von Tag zu Tag erneuert: „Denn was sichtbar ist, das ist vergänglich, das Unsichtbare ist ewig“ (2. Korinther 4, 18).

Die Entwicklungen moderner Naturwissenschaften haben die Praxis des medizinischen Handelns, die Diagnose und Therapie grundsätzlich verändert. Die Frage aber stellt sich, ob sich dadurch der ärztliche Behandlungsauftrag oder gar das Bild des Patienten und des Arztes gewandelt haben. Die Diskussion um gentechnologische Entwicklungen, die Stammzellenforschung oder die Präimplantationsdiagnostik stellen den vorläufigen Höhepunkt dieser Anfrage dar: Gibt es einen Wertewandel in den Rollen von Arzt und Patient?

Die so genannte Mechanisierung der ärztlichen Theorie und Praxis hat nicht mit Gentechnik und Stammzellenforschung begonnen, aber sie steht in einem Zusammenhang mit dem engsten Fortschritt medizinischer Wissenschaft und Technik. Was den Fortschritt getragen hat, hat auch die Gefährdung gebracht. Die Vorstellung, die Des-

cartes nicht unwesentlich beeinflusst hat, nämlich, dass der Mensch als eine hoch differenzierte Apparatur zu verstehen sei, war und ist für das wissenschaftlich-medizinische Denken eine große Versuchung.

An den Grundprinzipien des Lebens verändert sich dadurch aber nichts. Die heute divergent diskutierten Darstellungen menschlichen Selbstverständnisses gehen auf eine andere Veränderung zurück: Francis Bacon und David Hume waren es, die eine zunehmend anthropozentrische Sichtweise des Denkens mit dem Empirismus einführen. Sie haben damit das bürgerliche Selbstverständnis und besonders auch das Selbstverständnis der angelsächsischen Wissenschaft nachhaltig geprägt. Die anthropozentrische Weltanschauung war die ideologische Selbstrechtfertigung des die Welt erobernden, die Natur ausbeutenden und sich selbst in eine Gott-ähnliche Position befördernden europäischen Menschen des 19. und 20. Jahrhunderts.

Dies gilt auch sicher für das kontinentaleuropäische Denken und hat auch in den kirchlichen Überlegungen der damaligen Zeit bisweilen Rückhalt gefunden. Aber die Diskrepanz zu der Weltanschauung, die den Menschen nicht im Mittelpunkt, sondern als Teil eines Ganzen sieht, hat sich nachhaltig verfestigt. Danach hat jeder Mensch und auch jedes Lebewesen in der Natur sein Lebensrecht ganz unabhängig von seiner Tüchtigkeit, seiner Gesundheit und Konkurrenzfähigkeit. Das christliche Menschenbild ist geprägt durch die Vorstellung, Kranksein und Krankheit seien Teil eines Lebensvorgangs und das Heilen ein Akt, der dem Leben hilft, nicht die Reparatur eines Maschinendefektes.

Es gehört wohl zu den tiefen evangelischen Einsichten, dass Gott selbst an der Geschöpflichkeit des Menschen leidet und dass sich seine Schöpferkraft in der Unerschöpflichkeit seiner Leidensfähigkeit zeigt. So paradox dies manchmal für Andersgläubige sein mag: Gottes Leidenskraft ist Zeichen seiner Stärke. Damit wird er wahrhaftig zum Ebenbild unserer Patientinnen und Patienten. Gott ist Schöpfer und Erlöser zugleich. Er ist frei und befähigt den Menschen zu Freiheit, er verpflichtet ihn dazu. Freiheit bedeutet nicht Autonomie, so wie

Ohne eine moralische Identität, ohne die Befolgung des kategorischen Imperativs wäre Handlung gleich Mechanik.

Kant es in seiner kritischen Philosophie verstanden hat. Aber auch der autonome Mensch findet zu den göttlichen Geboten in der unbedingten Geltung der sittlichen Gesetze. Ohne eine moralische Identität, ohne die Befolgung des kategorischen Imperativs wäre Handlung gleich Mechanik. Die Freiheit und die Würde des Menschen setzen Grenzen für Handeln und Forschen. Diese Grenzen sind maßgeblich, weil sie den Menschen schützen und ihm gleichzeitig vollen Respekt entgegenbringen.

Das Neue Testament hat zu einer Überwindung der Opferrituale geführt. Es wird danach eine Form menschlicher Lebensbewältigung ermöglicht, die darauf

verzichtet, Lebensgewinn und Angstreduktion durch Ausgrenzung und Ausnutzung anderer zu erlangen. Trotz schlimmer Grausamkeit der (Kirchen-)Geschichte ist dieses Grundverständnis doch wach geblieben. Frühformen des menschlichen Lebens zu nutzen, um potenzielle Heilungschancen zukünftiger Patienten zu verbessern, erscheint in diesem Kontext als ein Rückfall in ein Verständnis, das Opfer für die Bewältigung der Ängste für nötig erachtet. Dass dazu unter Umständen weder Eltern noch Vormünder, geschweige denn wissenschaftlich Interessierte berechtigt sind, hat der Göttinger Philosoph Günter Patzig formuliert: Es besteht die Pflicht, Interessen der Schutz-

befohlenen wahrzunehmen, und es besteht ein Verbot, das anvertraute Leben aufzuopfern oder unter Gemeinschaftsinteresse aufzugeben. Deshalb sei es legitim, unter Umständen wissenschaftlichen Fortschritt einzuschränken, zumindest jedoch eine Verlangsamung des Fortschritts in Kauf zu nehmen.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhart Nagel
Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth

Dieser Artikel erschien zuerst im Deutschen Ärzteblatt/Jg. 99/Heft 25/21.6.2002. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors.

Buchbesprechungen

Empathie und Kooperation

Trotz der im Leitartikel angesprochenen, weit verbreiteten Akzeptanz christlicher Ethik und des Kantschen kategorischen Imperativs ist das heutige Menschenbild in der westlichen Welt seit mehr als einem Jahrhundert stark individualistisch geprägt. Abgeleitet von Darwins Evolutionstheorie wurde das Paradigma vom Kampf ums Überleben entwickelt. Neuere neurobiologische Forschungen weisen aber darauf hin, dass – ganz im Gegenteil – der Mensch ein „auf Resonanz und Kooperation angelegtes Wesen“ (Bauer) ist. Dieser Gedanke zieht sich in verschiedener Ausprägung durch drei Bücher, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.



Ein „Anti-Darwin“¹ wird vorgelegt in dem (überaus lesenswerten und für Laien lesbaren) Buch von **Joachim Bauer: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren** (Hoffmann und Campe 2006). Darin vollzieht sich ein (naturwissenschaftlich abgesicherter) Paradigmenwechsel: vom isolationalistischen Darwinschen Einzel-Kämpfer hin zu einem auf Kooperation angelegten,

vernetzten Menschen und von einem durch Imponiergehabe zu einem durch Empathie geprägten menschlichen Verhalten. Zentral für diesen Paradigmenwechsel sind die in Kapitel 2 „Der Mensch: Für gelingende Beziehungen konstruiert“ dargelegten neurobiologischen Erkenntnisse der letzten 10–15 Jahre. Hier werden die Wirkungsmechanismen und Wirkstoffe erklärt, auf die sich die (zentral im Mittelhirn gelegenen) Motivationssysteme stützen und die sich „am wohlsten fühlen“, wenn der einzelne Mensch in Beziehung zu anderen tritt, Resonanz und Vertrauen erfährt und Bindung entwickeln kann. Körperliche Drogen oder Botenstoffe wie Dopamin (S. 28), Opioide und Oxytozin (S. 31, 45–47) spielen dabei eine besondere Rolle. „Das natürliche Ziel der Motivationssysteme sind soziale Gemeinschaft und gelingende Beziehungen mit anderen Individuen“ (S. 34). Aus dieser die Fachwelt überraschenden Erkenntnis der letzten Jahre hat dann Russell Fernwal von der Stanford University die Bezeich-

nung „social brain“ (= soziales Gehirn) abgeleitet, also ein auf gute soziale Beziehungen ausgerichtetes Organ. Diese Vorgänge im Gehirn und die dabei aktiven Hirnareale lassen sich auch mit Hilfe funktioneller Kernspintomographie nachweisen (S. 40). Außerdem wurden spezielle Experimente durchgeführt, um z.B. die vertrauensbildende Wirkung von Oxytozin nachzuweisen: einerseits erhöht erfahrenes Vertrauen die Oxytozin-Werte, andererseits vermehrt erhöhtes Oxytozin das Vertrauen in das Gegenüber (S. 46); z.B. haben Porbanden nach Verabreichung von Oxytozin ihrem Partner signifikant erhöhte Geldmengen anvertraut (so ein Experiment von Ernst Fehr an der Universität Zürich). Schließlich geht Bauer auch noch auf die Existenz sog. Spiegelnervenzellen ein, die den Menschen zu sozialer Resonanz, insbesondere Empathie oder Mitgefühl, befähigen (S. 70)²; sie funktionieren wie ein Spiegel oder Resonanzsystem, sind allerdings noch nicht vollständig erforscht.

Die neurobiologischen Erkenntnisse pfeilern in zwei fundamentalen Aussagen über menschliches Verhalten: (i) die Motivationssysteme des Gehirns sind auf Kooperation und Zuwendung ausgerichtet und versagen ihren Dienst bei dauerhafter sozialer Isolation; (ii) Störung oder Verlust wichtiger zwischenmenschlicher Beziehungen führt zur Mobilisierung biologischer Stresssysteme, die negative somatische Wirkungen hervorrufen können. „Dies macht deutlich, dass Menschen nicht für eine Umwelt ‚gemacht‘ sind, die durch Isolation oder ständige Konflikte gekennzeichnet ist“ (S. 69).

Von diesen grundlegenden neurobiologischen Erkenntnissen schreitet das Buch fort zur Beschreibung sozial relevanter Aspekte des neuen Menschenbildes sowie der durch soziale Kompetenz geprägten Verhaltensweisen dieses auf Kooperation angelegten Wesens. (Hier sind dann auch die „Brückenköpfe“ verankert für die Verbindungen zu den beiden anderen hier besprochenen Büchern.)

Bauer geht auch ausführlich auf die Rolle der Aggression ein, die aus Zurückweisung und Schmerz entstehen kann, letztlich aber – abgesehen von krankhaften Ausprägungen – nie Selbstzweck, sondern immer „im Dienste des Strebens nach Anerkennung, Beziehung, Kooperation und sozialer Zugehörigkeit“ steht (S. 83). Gegen Darwin (und die daraus abgeleiteten sozialdarwinistischen und sozialbiologischen Fehlentwicklungen) postuliert Bauer „das Gravitationsgesetz lebender Systeme“, das sich in Zugewandtheit, Spiegelung und Resonanz (S. 128–131) sowie „phänomenaler Kooperation am Beginn der Evolution“ (Endosymbiose) (S. 152–160) manifestiert. Über die zur Optimierung ökonomischer Verhaltensweisen angewandte Spieltheorie (für die es in den letzten Jahren etliche Ökonomie-Nobelpreise gab) gelangt Bauer dann zum Thema der „Kooperation als gesellschaftliches Projekt“ (S. 199–223), wobei er insbesondere das Erlernen und die Anwendung sozialer Kompetenz im Hinblick auf die Kooperationserfordernisse in vielen Lebensbereichen (Schule, Wirtschaft, Medizin) behandelt.

Zusammenfassend also: Kooperation statt Konkurrenz als zentraler Aspekt des Prinzips Menschlichkeit.

Seine neurobiologischen und soziopsychologischen Einsichten wendet Bauer an anderer Stelle auch auf die **Transplantationsmedizin** an, insbesondere die

dafür unerlässliche Voraussetzung der Organspende³. Er betont, dass für die Förderung der Empathie- und Kooperationsbereitschaft in der Öffentlichkeit alle Prozesse absolut transparent sein müssen. In den Krankenhäusern fehle es oft an psychotherapeutischer Kompetenz, um das sensible Angehörigengespräch zu führen. Dieser Mangel lasse Krankenhäuser davor zurückschrecken, potenzielle Organspender zu melden. Er geht jedoch noch weiter: „Alle Beteiligten der Transplantationsmedizin, Ärzte, Pflegekräfte und Hilfsorganisationen, sind angewiesen auf gegenseitige kollegiale und gesellschaftliche Wertschätzung und sollten sich ... immer wieder neu darum bemühen.“



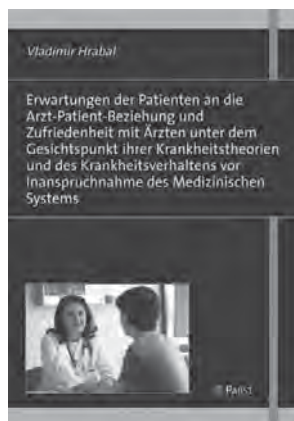
Gegenseitige Wertschätzung ist auch ein zentraler Gesichtspunkt im Arzt-Patient-Verhältnis, was Thema der beiden anderen Bücher ist. Als zweites Buch stellen wir den von **Martin Härter, Andreas Loh, Claudia Spies** herausgegebenen Sammelband vor mit dem Titel **„Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen“** (Deutscher Ärzte-Verlag 2005). Zentrales Thema dieses Buches ist die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, abgeleitet aus dem angelsächsischen Begriff des „shared decision making“), die naturgemäß auf dem bei Bauer beschriebenen Kooperations-Paradigma aufbaut. Bei PEF steht das Arzt-Patienten-Gespräch als partnerschaftlicher Austausch im Mittelpunkt – im Gegensatz zu dem (leider noch häufig anzutreffenden) paternalistischen Ansatz, bei dem der Arzt das Sagen hat. In dem Buch werden anschaulich die Grundlagen des PEF dargestellt und die dafür notwendigen Voraussetzungen in der Praxis, da-

mit die Erwartungen – wissenschaftlich nachweisbare bessere Behandlungsergebnisse – auch tatsächlich erfüllt werden. Schließlich werden auch die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Modellprojekte in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie sowie Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit ersten Ergebnissen vorgestellt.

PEF ist ein außerordentlich wichtiger und viel versprechender Ansatz. In Deutschland steht er noch am Anfang, was in dem Beitrag eines Patienten zum Ausdruck kommt: „Erfahrungen und Überlegungen eines Patienten zum Patienten-Arzt-Verhältnis – die Froschperspektive“ (S. 89–95). In einem anderen Beitrag „Der Transfer der PEF in die allgemeinmedizinische Praxis“ (S. 121–125) werden der systemimmanente Konflikt zwischen zeitintensiver PEF und den finanziellen Zwängen des real existierenden Gesundheitswesens in Deutschland sowie Kommunikations- und Informationsdefizite angesprochen. Langsame Fortschritte zeichnen sich allerdings an vielen Fronten ab wie etwa in der zunehmenden Bedeutung und Akzeptanz der Selbsthilfeorganisationen, wovon in einem weiteren Artikel berichtet wird (S. 105–112).

Trotz seines stark normativen Charakters (mit viel Zukunftsmusik und Zweckoptimismus) ist das Buch überaus lesenswert, da dem Leser zumindest eine Idee vermittelt wird von dem hohen Potenzial und Nutzen von PEF. Es zeigt viele Erkenntnisse auf und kann über einige in den letzten Jahren umgesetzte Neuerungen berichten wie etwa die bereits spürbaren Aktivitäten des seit Juni 2004 funktionierenden Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Evidenz-basierte, verbesserte Patienteninformation liefert, die allmählich zu einem regelmäßig aktualisierten Nachschlagewerk werden möchte. Andere Aktivitäten des Instituts wie u.a. die Identifizierung überflüssiger Behandlungen/Medikamente oder auch die Erarbeitung normierter Kostenansätze basierend auf dem DRG-System⁴ werden in dem Buch nicht behandelt, obwohl dadurch finanzielle Spielräume geschaffen werden können für qualitativ verbesserte ärztliche Leistungen, z.B. der (kostenrelevanten) Bereitstellung der erforderlichen Zeit für PEF. In einem abschließenden Beitrag wird über die Evaluierung eines Trainingsprojekts für Hausärzte berichtet (S. 233–238). Die Fälle bezogen sich ausschließlich auf Kinder, deren Eltern in PEF bei

leichten Infektionskrankheiten einbezogen wurden. Sowohl die Mehrheit der Eltern als auch der Ärzte haben das Experiment positiv beurteilt. Ärzte haben von dem Kommunikationstraining profitiert. Allerdings nahm die PEF-Freudigkeit der Eltern mit zunehmender Komplexität der Erkrankung ab (möglicherweise in dem Maße, wie die eigene Inkompetenz erahnt wurde). Auch dieser Beitrag zeigt erneut, dass sich PEF in Deutschland wirklich noch in einer sehr frühen Entwicklungsphase befindet.



Als drittes Buch wird im Folgenden zur Ergänzung noch kurz besprochen: **Vladimír Hrabal: Erwartungen der Patienten an die Arzt-Patient-Beziehung und Zufriedenheit mit Ärzten unter dem Gesichtspunkt ihrer Krankheitstheorien und des Krankheitsverhaltens vor Inanspruchnahme des medizinischen Systems** (Pabst Science Publishers 2003). In dem komplizierten Titel kommt bereits zum Ausdruck, dass es sich dabei um eine an der Universität Ulm im Fachgebiet Me-

dizinische Psychologie vorgelegte Habilitationsschrift handelt – Ergebnis einer mehr als zehnjährigen Forschungstätigkeit. Hier sollen nur die Aspekte erwähnt werden, die das Arzt-Patient-Verhältnis (und damit nur eines von mehreren Zielen der Untersuchung) behandeln. Der empirische Teil der Untersuchung stützt sich auf verschiedene Fragebögen; einer betrifft die Arzt-Patient-Beziehung und die sich daraus ergebenden Strategien für Kommunikation und Compliance. Als wichtige Kriterien der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung werden häufig Patientenzufriedenheit und Compliance betrachtet. Beide sind aber beeinflusst von Vorerfahrungen des Patienten mit anderen Ärzten und sind mitbestimmend für gelungene oder misslungene Beziehungen und kooperatives oder nicht-kooperatives Verhalten (S. 28 f) sowie für die Entscheidung über Beibehaltung eines Arztes oder möglichen Wechsel (S.129). Ein entscheidender Faktor für Zufriedenheit/Unzufriedenheit, der in den komplexen Untersuchungen herausgefiltert wurde, ist das „Verlangen nach symmetrischer Arzt-Patient-Beziehung und die Erwartung nach physischer Unterstützung und Empathie“ (S.129)⁵.

Die Untersuchungen sind vielleicht zu theoretisch, um von unmittelbar praktischer Relevanz zu sein. Doch ist die generelle Bedeutung von Empathie, zu der wir – Arzt und Patient gleichermaßen – grundsätzlich befähigt sind (siehe Bauer), ein strategischer Faktor, den jeder Einzelne von vornherein berücksichtigen kann, wenn er sich auf ein (neues) Arzt-Patient-Verhältnis einlässt. Vielleicht gelingt das Verhältnis aber umso besser, je weni-

ger man analytisch vorgeht und je mehr man seinen (wenig reflektierten) Gefühlen (im Englischen: gut feelings = Gefühl im Bauch) vertraut.

Mit der Bedeutung von Empathie für den Behandlungserfolg ist dann aber der Bogen zum Ausgangspunkt aller drei Bücher geschlagen sowie auch zu „Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit“.

Ulrich R. W. Thumm

- 1 Die Bezeichnung „Anti-Darwin“ habe ich gewählt in Anlehnung an den 1878 erschienenen „Anti-Dühring“ von Friedrich Engels. Es muss jedoch betont werden, dass Bauer nicht Darwins Abstammungslehre in Frage stellt, sondern den Transport-Mechanismus, nach dem sich Evolution vollzieht: ob durch Kampf ums Überleben des Tüchtigsten oder vielmehr durch kooperative Arrangements.
- 2 In diesem Zusammenhang zitiert Bauer eine eigene Veröffentlichung, deren Titel diese entscheidende Fähigkeit des Menschen gut zum Ausdruck bringt: „Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone“ (2005).
- 3 Joachim Bauer: Die neurobiologische Seite der Empathie: Warum Menschen Anderen helfen, Kongressband zum 3. Jahreskongress der DSO in Berlin (31. Mai – 1. Juni 2007), Frankfurt, Oktober 2007.
- 4 Siehe dazu den Artikel von Palchyk: Auswirkungen des DRG-Systems auf die Finanzierung der Hochleistungsmedizin am Beispiel der Lebertransplantation, „Lebenslinien“ 2/2006
- 5 So wie es auch in dem von Härter et al. herausgegebenen Sammelband als wichtiger Aspekt der PEF zum Ausdruck kommt.

Freier Fall

*Immer mit zwei Flügeln geflogen,
einen verloren, ins Trudeln geraten.*

*Vom Himmel gefallen, die Erde nicht erreicht,
Wolken haben mich aufgefangen.*

*Bin mit ihnen gezogen,
in eine Warteschleife eingebogen
und sanft auf der Erde gelandet.*

*Stehe nun noch unsicher auf festem Boden
und versuche ein neues Leben.*

Chirurgische Therapie des hepatozellulären Karzinoms im Zeitalter der Leberlebendspende

Einleitung

Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) gehört zu den weltweit fünf häufigsten Tumorarten. Seine Häufigkeit hat in den letzten Jahren auch in Zentraleuropa deutlich zugenommen. Diese Tendenz wird bis in die Jahre 2015 bis 2020 anhalten. Erst danach kommt es wahrscheinlich durch den Rückgang der oft zugrunde liegenden viralen Zirrhoseformen wieder zu einer Abnahme des HCC.

Ohne Behandlung liegt das mediane Überleben von Patienten mit einem HCC im Früh- und mittleren Stadium bei ca. drei Jahren. Patienten mit einem HCC in fortgeschrittenem Stadium haben eine noch deutlich schlechtere Überlebenschance. Entscheidend für das Überleben, aber auch für die therapeutischen Möglichkeiten ist das Stadium, in dem das HCC erkannt wird. Patienten mit einem HCC sollten daher durch kompetente Ultraschalluntersuchungen regelmäßig überwacht werden.

Die chirurgische Therapie ist in einem ausgewählten Krankengut – in eine Spezialabteilung werden meist nur jene Patienten überwiesen, die einer Therapie zugänglich sind – in ca. 30 bis 40% aller Fälle möglich. Von 678 Patienten, die sich zwischen 1998 und 2006 an unserer Abteilung vorstellten, wurden 115 durch Leberresektion und 107 durch Lebertransplantation behandelt (zusammen 33%). Die wichtigsten therapeutischen Möglichkeiten sind neben dem chirurgischen Vorgehen heute andere lokalablativ Verfahren (Ablation = Entfernen) wie Radiofrequenzablation (RFA), laserinduzierte Thermotherapie (LITT), perkutane Ethanolinjektion (PEI) oder transarterielle Chemoembolisation (TACE). Patienten, die keiner dieser Therapieformen zugeführt werden können, erhalten gewöhnlich eine Chemotherapie, wenn die Zirrhose noch nicht zu weit fortgeschritten ist. Das neue Medikament Sorafenib scheint hier Erfolg versprechend zu sein. Bei Patienten mit einem Bilirubinwert über 3 mg/dl ist im Allgemeinen nur eine sog. best supportive care möglich.

Im Folgenden sollen nun die Möglichkeiten der chirurgischen Therapie genauer abgehandelt werden.

Chirurgische Therapie des HCC in nicht-zirrhotischer Leber

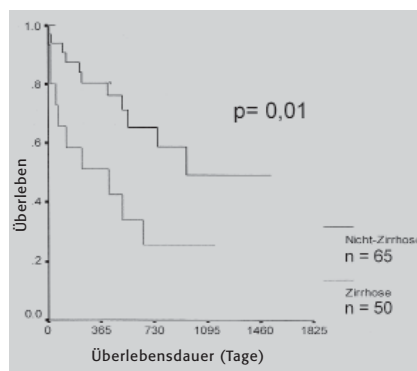
Die Ergebnisse nach Leberresektion bei einem HCC, das in einer Leber ohne Zirrhose auftritt, sind signifikant besser als beim Vorliegen einer Zirrhose. Diese Feststellung wird auch durch unsere eigenen Ergebnisse unterstrichen (Abb. 1). Auf die zugrunde liegenden Ursachen wird unter der Thematik „Resektion in zirrhotischer Leber“ näher eingegangen. Die Ergebnisse der Lebertransplantation (LT) sind ca. 20% schlechter als bei Patienten mit Vorliegen einer Zirrhose. Die 5-Jahres-Überlebensraten betragen nach dem europäischen Lebertransplantationsregister (12/2005) 60% gegenüber 41% bei Patienten ohne Zirrhose. Eine LT ist daher bei Patienten ohne Leberzirrhose nicht gerechtfertigt. Das HCC in einer nicht-zirrhatischen Leber stellt offenbar einen anderen biologischen Tumor dar, der möglicherweise mit dem HCC in zirrhotischer Leber nicht vergleichbar ist.

Chirurgische Therapie des HCC in zirrhotischer Leber

Führt man eine Leberresektion wegen eines HCC in einer zirrhatischen Leber durch, so muss man mit zwei wesentlichen Problemen rechnen:

1. Die zirrhatische Leber toleriert das Operationstrauma außerordentlich schlecht.

Abb. 1: Resektion beim HCC, zirrhatische versus nicht-zirrhatische Leber



Prof. Dr. Gerd Otto

Nicht nur die Verringerung von funktionellem Lebergewebe, sondern der operative Eingriff schlechthin führt nach der Operation dazu, dass die Leberfunktion nicht aufrechterhalten werden kann, was unter Umständen zum Tod des Patienten führt. Eine Leberresektion ist daher nur bei jenen Patienten durchführbar, die eine stabile Leber-

funktion aufweisen; in der Regel sind das Child-A-Patienten. Eine gute Orientierung stellen des Weiteren die Existenz eines Pfortaderhochdrucks und der Bilirubinwert dar. Wenn kein Pfortaderhochdruck vorhanden und der Bilirubin normal ist, ist im Allgemeinen eine Leberresektion unter funktionellem Aspekt vertretbar.

2. Die Zirrhose ist eine Vorstufe des Krebses. Das HCC entwickelt sich daher sehr häufig in einer zirrhatischen Leber. Über 80% aller HCCs treten in zirrhatischen Lebern auf. Das bedeutet jedoch auch, dass selbst wenn ein Tumorherd entfernt ist, die Zirrhose fortbesteht. Es ist daher in der ganz überwiegenden Zahl aller Patienten (mindestens 70%) nach fünf Jahren mit einem HCC-Rezidiv in der Leber zu rechnen. Diese beiden Faktoren beeinflussen ganz entscheidend die Ergebnisse nach einer Leberresektion.

In diesen beiden Problemen bei der Behandlung des HCC in zirrhatischer Leber liegen die wesentlichen Unterschiede zum HCC in einer nicht-zirrhatischen Leber begründet (vgl. oben).

Lebertransplantationen wegen eines HCC werden seit Beginn der LT durchgeführt. Die Ergebnisse der ersten Jahre waren entmutigend; sie konnten jedoch in den letzten beiden Jahrzehnten wesentlich verbessert werden. Das liegt nicht nur daran, dass sich Technik der Transplantation und Immunsuppression standardisieren ließen. In erster Linie ist das darauf zurückzuführen, dass strenge Kriterien bei der Auswahl der Patienten berücksichtigt wurden. Wird bei Befall mit kleinen, aus wenigen Knoten bestehenden HCCs trans-

Foto: privat

plantiert, so sind signifikant bessere Ergebnisse zu erwarten als bei größeren, multizentrischen Tumoren. Dieser Zusammenhang wurde 1993 von Henri Bismuth beschrieben und führte schließlich zu einer Studie, die in Mailand durchgeführt wurde. Aus dieser Studie ergaben sich die so genannten Mailandkriterien (Tab. 1), die heute als allgemeine Indikationskriterien für eine LT bei HCC gelten. Hiernach darf es sich um ein HCC handeln, das aus einem Tumorknoten besteht, der nicht größer als fünf cm ist oder aber alternativ ein HCC bestehend aus drei Knoten, wobei der größte nicht größer als drei cm ist. Die Mailandkriterien wurden vor ca. fünf Jahren in Form der San Francisco-Kriterien geringfügig erweitert. Die Zuteilungskriterien für eine LT richten sich jedoch bislang nach den Mailandkriterien, da die San-Francisco-Kriterien weniger gesichert erscheinen. Unter Berücksichtigung der Mailandkriterien ist ein 5-Jahres-Überleben nach Lebertransplantation wegen eines HCC von 60–75 % zu erreichen.

Tab. 1: Indikationskriterien zur Lebertransplantation

Mailand-Kriterien (n = 48 !)

Tumor solitär und ≤ 5 cm
oder ≤ 3 Knoten und ≤ 3 cm

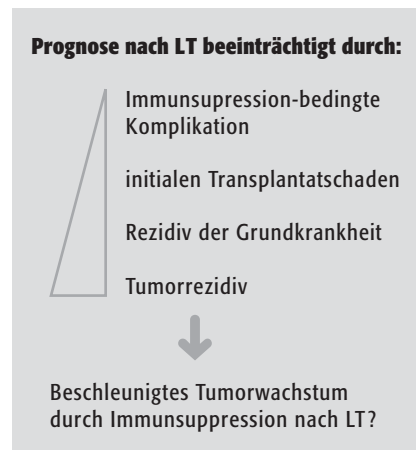
Mazzaferro V et al: N Engl J Med. 1996

2002: San-Francisco-Kriterien
6.5 cm, 3 Knoten

Die Prognose ist jedoch auch nach LT beeinträchtigt. In Tabelle 2 sind wichtige Gründe hierfür angeführt. Immunsuppressionsbedingte Komplikationen sind selten Ursache für ein Fehlschlagen der Transplantation, schon eher der initiale Transplantatschaden, das Rezidiv der Grundkrankheit und schließlich das Tumorrezidiv. Das Tumorrezidiv wird mit einiger Wahrscheinlichkeit durch die erforderliche Immunsuppression nach einer Lebertransplantation gefördert. Zugrunde liegt wahrscheinlich die Unterdrückung zahlreicher immunologischer Funktionen durch die Gabe von Immunsuppressiva, so auch Funktionen der Tumorabwehr, die normalerweise zumindest das Tumorwachstum hemmen. Bekanntlich ist jedoch die Gabe von Immunsuppressiva nach einer Transplantation unverzichtbar.

Im eigenen Krankengut ist das Überleben nach Transplantation bei Patienten mit mehr als einem Tumorknoten hochsignifi-

Tab. 2: Prognose nach LT wegen HCC, Ursachen für postoperative Letalität

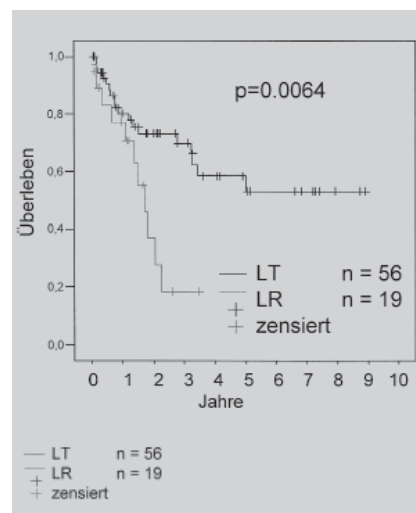


kant besser als nach Leberresektion (Abb. 2).

Nicht das Tumorrezidiv, sondern ganz entscheidend das Rezidiv der zugrunde liegenden Lebererkrankung waren Ursache für das Versterben von Patienten. Berücksichtigt man jedoch nur jene Patienten, die einen einzigen Tumorknoten in ihrer zirrhotischen Leber aufwiesen, so ist zwar die LT auf den ersten Blick etwas günstiger hinsichtlich des Überlebens einzuschätzen als die Resektion, der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant (Abb. 3).

Dieser Zusammenhang wurde von zahlreichen Transplantationszentren in aller Welt erkannt. Es ist daher bis heute nicht gesichert, ob eine LT oder eine Resektion das bessere Verfahren bei einem einzigen Knoten in einer zirrhotischen Leber darstellt. Bei der allgemeinen Knappheit an Spenderorganen ist somit durchaus die Frage berechtigt, ob man einen Patienten mit einem einzelnen HCC-Knoten reseziert und nur dann transplantieren sollte,

Abb. 2: Resektion versus Transplantation; Überleben nach LR bei Zirrhose versus LT; Patienten mit > 1 Tumorknoten



wenn ein Rezidiv auftritt. Diese Form der Transplantation wird Salvage- oder Rescue-Transplantation genannt. Insbesondere französische und spanische Transplantationszentren haben jedoch bei dieser Vorgehensweise einen interessanten und äußerst problematischen Zusammenhang erkannt: Wird nach einer primären Leberresektion im späteren Verlauf ein Rezidiv entdeckt – damit ist bei ca. 70–80 % der Patienten zu rechnen –, so konnten keineswegs all diese Patienten transplantiert werden. Die Rate der durchgeführten Transplantationen beträgt höchstens 25 %. Die Ursachen hierfür sind sehr vielschichtig: inzwischen zu hohes Alter des Patienten, Auftreten eines Rezidivs außerhalb der Mailandkriterien, inzwischen aufgetretene Erkrankungen. Es wird daher von vielen die primäre Leberresektion mit darauf folgender Salvage-Transplantation als kaum gangbarer Weg eingestuft und eine primäre LT vorgenommen. Auch wir halten die primäre LT aus den geschilderten Gründen für gerechtfertigt.

Ein zweites Problem bedarf unbedingt der Erwähnung, wenn man über LT beim HCC spricht: Wie aus Abbildung 4 ersichtlich ist das Überleben von Patienten mit singulärem HCC nach LT schlechter als nach Leberresektion. In dieser Abbildung handelt es sich um eine so genannte intention-to-treat-Analyse. Das bedeutet, dass Patienten, bei denen die Entscheidung für eine Transplantation oder eine Resektion fällt, von diesem Zeitpunkt an in die Analyse eingehen. Die Resektion kann sofort durchgeführt werden, wohingegen Patienten auf eine LT warten müssen. Solche Patienten können jedoch aufgrund

Abb. 3: Überleben bei Patienten mit singulärem HCC (< 5 cm) und Child-A-Zirrhose nach Resektion versus Transplantation

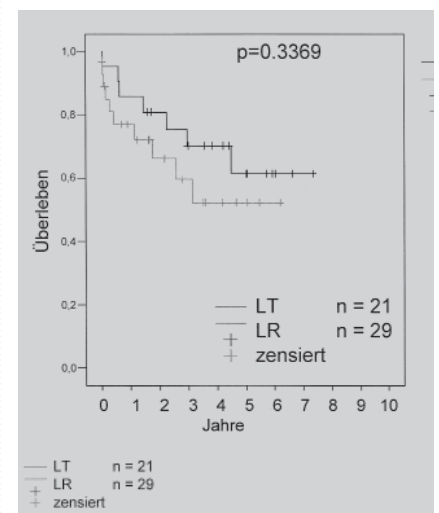
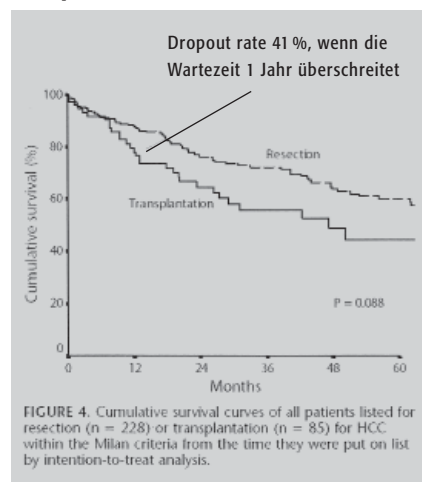


Abb. 4: Einfluss des Dropout während der Wartezeit auf Gesamtüberleben bei Patienten mit singulärem HCC nach LR versus LT (intention-to-treat-Analyse)



des inzwischen auftretenden Größenwachstums des Tumors (Überschreiten der Mailandkriterien) unter Umständen keine Transplantationskandidaten mehr sein und müssen daher von der Warteliste genommen werden. Dieses Ereignis wird als „drop out“ bezeichnet. Aufgrund der drop-out-Rate während der Wartezeit schneiden somit Patienten, die für eine LT gelistet werden, schlechter ab.

Es werden daher Anstrengungen unternommen, das Größenwachstum während der Wartezeit zu unterbinden. Eine Möglichkeit, das Wachstum zu verhindern, ist eine chirurgische Resektion. In diesem Falle wird, obwohl der Tumor chirurgisch entfernt wurde, die LT in jedem Falle, also en principe, durchgeführt. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, den Tumor durch eine lokalablativ Maßnahme zu zerstören oder aber eine Chemoembolisation vorzunehmen.

Im Zentrum Mainz wird eine transarterielle Chemoembolisation (TACE) durchgeführt, bei der die Patienten alle sechs Wochen behandelt werden (Abb. 5). Patienten, die sich innerhalb der Mailandkriterien befinden, werden sofort auf die LT-Warteliste gesetzt. Durch TACE gelang es letztendlich bei 27 von 34 Patienten, eine LT vorzunehmen. Patienten, die sich ursprünglich außerhalb der Mailandkriterien befanden, also eigentlich keine Transplantationskandidaten waren, wurden durch die Vorbehandlung in einen Zustand gebracht, der die LT ermöglichte. Bei Patienten außerhalb der Mailandkriterien erfolgte erst eine Aufnahme auf die Warteliste, nachdem die TACE dreimal durchgeführt worden war und somit das Ansprechen beurteilt werden konnte. Betrachtet man nun das Tumorverhalten unter dieser Behandlung bis zum Zeitpunkt der LT im Detail, so kommt man zu einer interessanten Feststellung: All jene Patienten, die unter TACE einen sich zurückbildenden oder zumindest stabilen Tumor aufwiesen, hatten kaum Rezidive nach LT. Dem gegenüber war bei Patienten mit einem geringfügigen Tumorprogress während der Wartezeit mit einer hohen Rezidivrate zu rechnen (Abb. 6). Offenbar ist somit diese Form der Vorbehandlung, wie sie in Mainz erfolgt, nicht nur eine Methode zur Eindämmung des Tumorwachstums, sondern auch ein Selektionskriterium, das biologisch aggressive und weniger aggressive Tumoren voneinander trennt.

Solche biologischen Selektionskriterien werden in letzter Zeit intensiv erforscht. Besonders erfolgversprechend erscheinen die Analyse von Chromosomenveränderungen, aber auch die Untersuchung der Zellkernstruktur. Die Arbeitsgruppe

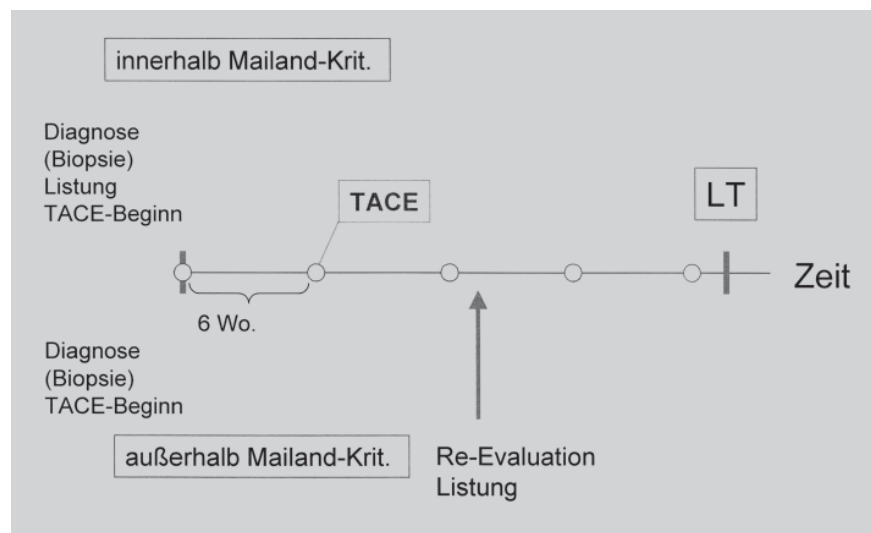
um Neuhaus in Berlin kann hier auf äußerst interessante Ergebnisse verweisen: Während Patienten mit normalem Zellkern trotz vorhandener Gefäßinfiltration des Tumors ein 10-Jahres-überleben von über 90% aufwiesen, war das Überleben von Patienten mit aneuploidem Tumor lediglich knapp 30%. Der Unterschied ist mit $P=0,0003$ hochsignifikant. Offenbar gelingt es somit durch biologische Selektion geeignete Patienten für eine LT auszuwählen. Hierdurch wird nicht nur der vergebliche Einsatz von Transplantaten vermieden, sondern auch dem Zusammenhang zwischen Immunsuppression und rascherem Tumorwachstum Rechnung getragen und dem Patienten kein Schaden zugefügt.

Leberlebenspende beim HCC

Das drop out wird selbstverständlich vermieden, wenn ein Patient mit einem HCC auf einen Lebendspender verweisen kann. Die Lebendspende ist dann nach einer relativ kurzen Vorbereitungszeit (ein bis zwei Wochen) möglich, wobei dem Spender im Allgemeinen der rechte Leberlappen entfernt wird. Er genügt normalerweise den funktionellen Anforderungen im Organismus des Empfängers vollkommen. Es steht außer Frage, dass bei einer Leberlebenspende ganz entschieden das Wohlergehen des Spenders zu berücksichtigen ist. Obwohl in der ganz überwiegenden Zahl aller Lebendspender die Entscheidung, sich dieser Operation zu unterziehen, auch nach langer Zeit noch als richtig charakterisiert wird, müssen Nutzen und Risiko in einem vertretbaren Verhältnis stehen. Hierfür gibt es keine Normative; die Entscheidung kann somit durchaus von verschiedenen Transplantationschirurgen unterschiedlich getroffen werden.

Die Ergebnisse nach LT beim HCC werden durch folgende Faktoren besonders negativ beeinflusst: vaskuläre Infiltration, entdifferenzierter Tumor, multizentrischer Tumor. Das Wissen um diese Faktoren hat dazu geführt, dass selbst Zentren in Asien, die auf die Lebendspende angewiesen sind, bei Tumoren mit makrovaskulärer Infiltration von einer LT absehen. Der Differenzierungsgrad eines Tumors, aber auch die Knotenzahl ist trotz Biopsie bzw. komplizierter präoperativer Untersuchungen nicht sicher zu bestimmen. Als sicher kann jedoch gelten, dass Patienten, die sich zum Zeitpunkt der LT außerhalb der Mailandkriterien befinden, auch bei einer Lebendspende schlechter abschneiden. Tabelle 3

Abb. 5: TACE-Protokoll bei HCC vor LT (Otto G et al. Transpl Proc 2007)



Medikamentöse Behandlung des HCC

Das Präparat Nexavar (Wirkstoff: Sorafenib), das in über 50 Ländern zur Behandlung von fortgeschrittenem Nierenkrebs zugelassen ist, wurde im Rahmen einer randomisierten Phase-III-Studie bei 602 Patienten in verschiedenen Ländern auch zur Behandlung des HCC eingesetzt. HCC ist weltweit die häufigste Form von Leberkrebs und macht bei Erwachsenen ca. 90 Prozent der primären bösartigen Lebertumoren aus. Das Ergebnis der Studie ist eine statistisch signifikante Erhöhung der Überlebenszeit; im Mittel auf 10,7 Monate gegenüber 7,9 Monaten für Patienten, die ein Placebo erhielten. Diese Erhöhung gilt in der Onkologie als bedeutend. Das Medikament greift sowohl die Krebszellen als auch das Gefäßsystem des Tumors an. Der Erfolg von Nexavar ist besonders deutlich in

der Region Asien-Pazifik, wo durch die starke Verbreitung von Hepatitis-B-Virus-Infektion HCC besonders häufig ist. Die Zulassung von Nexavar wurde vom Hersteller Bayer Health Care und Onyx Pharmaceuticals sowohl in USA als auch in Europa und China beantragt und wurde laut Zeitungsberichten inzwischen zugelassen. Zulassungsanträge für weitere Länder sind in Vorbereitung. Der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur hat bereits eine positive Stellungnahme abgegeben.

Ulrich R. W. Thumm

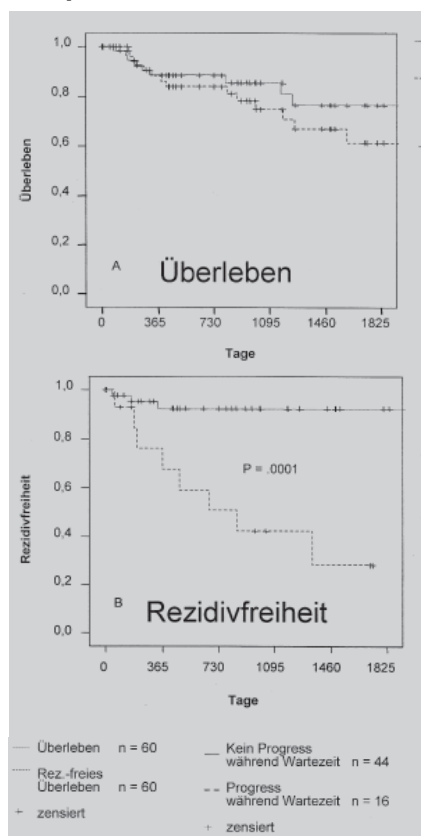
Quelle: Bayer; International Herald Tribune (June 4, 2007); Frankfurter Allgemeine (28. August 2007)

zeigt eine Zusammenstellung von drei größeren Lebendspende-Kollektiven. Die Empfänger wurden unterteilt nach Tumoren

innerhalb und außerhalb der Mailandkriterien. Der Unterschied ist in den beiden ersten Kollektiven signifikant.

Auch die auf den ersten Blick vorteilhafte sofortige Durchführung der LT ist bei näherem Hinsehen unter Umständen problematisch: Allein durch Zuwarten werden biologisch ungünstige Tumoren evtl. erkennbar. Es wird daher diskutiert, vor die Lebendspende eine gewisse Wartezeit vorzuschalten. Biologische Selektionskriterien, vor allem natürlich Marker, die in Tumorgewebe bestimmbar sind, könnten hier helfen, ein unnötiges Risiko für den Organspender zu vermeiden. Trotzdem sei an dieser Stelle noch einmal wiederholt: Für die Entscheidung, dem Wunsch des Patienten wie auch des Spenders zu entsprechen und bei einem HCC eine wenn auch geringe Chance zu nutzen oder aber die Operation nur bei guter Erfolgsaussicht vorzunehmen, gibt es keine Normative.

Abb. 6: Überleben und Rezidive bei Patienten nach LT mit Vorbehandlung durch wiederholte TACE (Otto G et al. Transpl Proc 2007)



Zusammenfassung

Bei der chirurgischen Behandlung des HCC bestehen nach wie vor wichtige Fragen, auf die zurzeit nur partiell Antworten möglich sind.

1. Ist es richtig, möglichst rasch nach der Diagnose eines HCC zu transplantieren? Es erfolgt dann eine LT – und nicht nur bei der Lebendspende – selbst bei Vorliegen biologisch aggressiver Tumoren.
2. Ist die Lebendspende wirklich zu favorisieren, weil sie sofort erfolgen kann?
3. Welches Bridging-Verfahren ist das beste? Genügt dabei die lokale Ablation des HCC oder ist es erforderlich, durch wiederholte TACE den Tumor biologisch zu beeinflussen?
4. Können biologische Prognosenparameter das Problem der Patientenselektion lösen?

Diesen Problemen gegenüber lassen sich jedoch Festlegungen treffen, an deren Berechtigung heute kaum noch Zweifel bestehen:

1. Die Resektion ist das Verfahren der Wahl bei einem HCC in einer nicht-zirrhotischen Leber.
2. Die Leberzirrhose ist der entscheidende prognostische Faktor bei einer Leberresektion: Das gilt in funktioneller wie auch in onkologischer Hinsicht.
3. Die LT ist bei kleinen, oligozentrischen Karzinomen in einer zirrhotischen Leber eindeutig überlegen.
4. Die Leberresektion stellt bei singulärem Tumor in einer Leberzirrhose eine berechtigte Option dar, die zu vergleichbaren Ergebnissen führt, wenn auch LT bei auftretendem Rezidiv nach Resektion eher die Ausnahme bilden.

Professor Dr. med. Gerd Otto

Klinik für Transplantationschirurgie

Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

N.B. Der Artikel basiert auf einem Vortrag, gehalten anlässlich des 13. Symposiums Aktuelle Hepatologie 2007, Wiesbaden, 14. April 2007

Tab. 3: Lebendspende bei HCC innerhalb versus außerhalb der Mailand-Kriterien (Volk ML et al Transplantation 2006; 82: 1136)

	innerhalb MK		außerhalb MK		
	N	3-J-ÜL	N	3-J-ÜL	P
Todo et al. 2004	137	80 %	172	60 %	0,022
Hwang et al. 2005	151	91 %	62	62 %	0,001
Takada et al. 2006	49	68 %	44	59 %	n.s.

Häufige Fragen zur Lebertransplantation

(Teil 2)

Das Transplantationszentrum Heidelberg hat ein Büchlein herausgebracht, das vor allen Dingen für Patienten, die vor der Transplantation stehen, sehr hilfreich ist. Wir hatten uns bei der Erstellung dahingehend eingebracht, dass wir die häufigsten an uns herangetragenen Fragen von Mitbetroffenen an die Redaktion des Büchleins weitergegeben haben. Wir bedanken uns für die Abdruckgenehmigung des entsprechenden Auszugs aus dieser Broschüre.

Jutta Riemer



Leberlebenspende

Wie groß ist das Risiko für jemanden, der eine Lebend-Leber spendet?

Basierend auf Durchschnittswerten lässt sich sagen, dass bereits zwei Monate nach der Operation der Spender wieder vollständig arbeitsfähig sein wird. Allerdings ist zu erwähnen, dass die Leber-Lebenspendeoperation als eine große bauchchirurgische Operation einzustufen ist, welche, wie jede andere Operation,

das Risiko beinhaltet, an der Operation oder an deren Folgen zu versterben (ca. 0,5 %). Wie wir heute wissen, kann dieses Risiko durch eine penibel durchgeführte Voruntersuchung vermindert werden. Auch die Häufigkeit der postoperativen Komplikationen, die ein schwerwiegendes Ausmaß annehmen könnten, sind als gering einzuschätzen. Sollte der entnommene Leberanteil bei einer Le-

bendspende 50 bis 60 % der gesamten Lebermasse übersteigen, kann eine vorübergehend eingeschränkte Leberfunktion mit einer leichten Gelbsucht auftreten. Nachdem sich die Lebermasse ausreichend regeneriert hat, was innerhalb von 14 Tagen der Fall ist, tritt in der Regel die Erholung der Leber ein.

Allgemeines zur Lebertransplantation und zur Organspende

Woher kommt meine Leber?

Ihre Leber kommt von einem anonymen Spender. Unter welchen Umständen eine Leber einem Spender entnommen werden darf, regelt das Deutsche Transplantationsgesetz (TPG). Über die Vergabe der einzelnen Organe entscheidet eine gesetzliche Institution namens „Eurotransplant“. Um dort als Empfänger für ein Organ registriert zu werden und in die Warteliste aufgenommen zu werden, wird Ihr Gesundheitszustand und das Ausmaß Ihrer Erkrankung von der Organisation überprüft. Hierzu sind die Voruntersuchungen durch das Transplantationsteam in Heidelberg [oder in anderen Zentren] notwendig. Durch Abstimmung Ihrer persönlichen Daten mit den Daten eines verfügbaren Organs kann Ihnen dann von Eurotransplant ein Organ zugeteilt werden.

Kann ich nach einer Lebertransplantation Reisen unternehmen?

Selbstverständlich können Sie Reisen unternehmen, allerdings sollten Sie daran denken, dass Ihr Immunsystem geschwächt

ist! Insofern sollte das Reiseziel im Hinblick auf die hygienischen Gegebenheiten und Infektionsgefahren hin überprüft werden. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, ob spezielle Impfungen notwendig sind und vergessen Sie nicht, einen ausreichenden Vorrat Ihrer Medikamente im Handgepäck mit auf die Reise zu nehmen!

Impfungen nach Lebertransplantation?

Generell sind bestimmte Impfungen auch nach erfolgter Lebertransplantation möglich. Es sollte allerdings nur sog. Totimpfstoffe und keine Lebendimpfstoffe verwendet werden. Die wichtigsten Impfungen sollten jedoch bereits im Rahmen der Vorbereitung auf die Transplantation erfolgt sein. Wir bitten im Einzelfall vor einer Impfung um eine kurze Rücksprache mit unserer Transplantations-Nachsorgeambulanz.

Ist nach einer Lebertransplantation eine besondere Diät erforderlich?

Eine besondere Diät ist in der Regel nicht erforderlich. Übergewicht und Alkoholkonsum können jedoch über die

Entwicklung einer Fettleber die transplantierte Leber schädigen. Wichtig ist besonders, auf eine Flüssigkeitszufuhr von mindestens 2 Liter/Tag sowie eine ausreichende Hygiene im Umgang mit Lebensmitteln zu achten. Meiden Sie daher folgende Lebensmittel:

- rohe Eier bzw. Süßspeisen mit rohen Eiern
- rohen Fisch oder rohes Fleisch
- Rohmilchkäse
- ungewaschenes Obst und Gemüse
- Grapefruitsaft

Kann ich nach der Transplantation Sport betreiben?

In den ersten drei Monaten nach Transplantation sollten Sie sportliche Anstrengungen und das Heben schwerer Gegenstände vermeiden. Danach ist gegen leichte körperliche Betätigungen (Fahrrad fahren, wandern) nichts einzuwenden und Sie können so ihre Muskulatur schnell wieder aufbauen. Schwimmen in stehendem Gewässer oder Schwimmbad birgt die Gefahr von Magen-Darm- oder Pilzinfektionen.

Darf ich Kontakt zu Kleinkindern pflegen?

Vermeiden Sie Kontakt zu Kindern in Ihrer Umgebung mit ansteckenden Kindererkrankungen. Falls Sie Kontakt zu Kindern hatten, bei denen wenige Tage später eine Kinderkrankheit ausbricht, benachrichtigen Sie Ihren Arzt, damit er Ihnen gegebenenfalls schützende Medikamente verordnen kann.

Sexualleben und Kinderwunsch

Nach einer Lebertransplantation bestehen keine Einschränkungen Ihres Sexuallebens. Nach ungefähr 6 Monate bekommen Frauen wieder einen normalen Zyklus mit regelmäßiger Regelblutung. Eine Schwangerschaft sollte während des ersten Jahres nach erfolgter Transplantation unbedingt vermieden werden. Nach einem Jahr ist eine Schwangerschaft grundsätzlich möglich. Dies muss allerdings mit Ihrem Arzt genau abgesprochen werden, da eventuell Medikamente umgesetzt werden sollten.

Da die Pille Leberschäden verursachen kann, ist prinzipiell von einer Einnahme abzuraten. Zudem kann es sein, dass die Pille, durch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, keinen ausreichenden Empfängnisschutz bietet. Da auch das Einsetzen einer Spirale zu Gebärmutter-Entzündungen führen kann, empfehlen wir, Kondome zu benutzen.

Wer bezahlt die Lebertransplantationskosten?

- a) in Deutschland krankenversichert
- b) in EU-Staaten krankenversichert
- c) in Nicht-EU-Staaten krankenversichert
- d) außerhalb Europa lebend

a) u. b) Nach Anfrage und Vorlage einer Kostenkalkulation von Ihrem Transplantationszentrum übernimmt in der Regel die Krankenversicherung die anfallenden Kosten. Bei einer Lebendleberspende übernimmt in der Regel die Krankenversicherung des Empfängers auf Antragstellung die Kosten für Abklärung und Organentnahme.

c) u. d) Sollte aus gegebenen Gründen die Krankenkasse die Finanzierung nicht übernehmen, besteht die Möglichkeit, über öffentliche Organisationen im Heimatland oder in Deutschland eine Finanzierungsquelle zu finden. Sollte dies nicht der Fall sein, muss die Transplantation privat finanziert werden. Die Kosten für eine Lebertransplantation können zwischen 150.000 bis 200.000 Euro liegen.

Wie kann ich zur Leberspenderin bzw. zum Leberspender werden?

Über einen Organspendeausweis bei der DSO (Deutsche Stiftung für Organtransplantation) kann man sich als Spender registrieren lassen. Dieser Ausweis kann direkt bei der DSO bezogen werden. Auch bei einem Besuch bei Ihrem Hausarzt kann der Ausweis über diesen beantragt werden.

Welche Krankheiten disqualifizieren mich als Organspender/in?

Liegen Lebererkrankungen, Tumoren oder die Leber betreffende Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Tuberkulose usw.) vor, kommen Sie als Spender nicht in Frage. Der Gesundheitszustand eines Spenders wird durch umfangreiche Voruntersuchungen genau erfasst.

Bis zu welchem Altersjahr bin ich als Leberspender/in qualifiziert?

Grundsätzlich gibt es für Leberspende keine Alterbegrenzung. Auch hier gilt natürlich, dass der Spender gesund sein muss, um eine möglichst gute Organfunktion gewährleisten zu können.

Werden meine Nachkommen für meine Leberspende finanziell vergütet?

Nein, aus ethischen, rechtlichen und moralischen Gründen ist dies nicht der Fall. Dieser Sachverhalt ist im Transplantationsgesetz von 1997 rechtlich geregelt.

Was geschieht mit dem Leichnam nach der Organentnahme?

Nach der Organentnahme wird er, entsprechend den vorhandenen ethischen

und religiösen Richtlinien, den Nachkommen zur Verfügung gestellt.

Kann ich bestimmen, wer meine Leber erhält?

Nein, über die Vergabe des Organs entscheidet Eurotransplant. Die Anonymität von Spender und Empfänger bleibt gewahrt.

Wenn ich einmal als Leberspender/in akzeptiert bin, kann ich meine Entschluss widerrufen?

Ja, eine solche Entscheidung kann jederzeit und ohne Folgen widerrufen werden.

Wo melde ich mich als Organspender an?

Einen Organspendeausweis erhalten Sie bei der DSO (Deutsche Stiftung für Organtransplantation), dort können Sie sich als Spender registrieren lassen. Dieser Ausweis kann direkt bei der DSO bezogen werden. Auch bei einem Besuch bei Ihrem Hausarzt kann der Ausweis über diesen beantragt werden.

Bei den Spendern bei der Leber-Lebendspende handelt es sich um Verwandte bzw. Angehörige ersten Grades oder ihnen sehr nahe stehende Personen, die bereit sind, einen Teil ihrer Leber zu spenden. Die Leber-Lebendtransplantation ist eine neue Behandlungsform, bei der von einem gesunden Spender ein Teil der Leber zur Transplantation entnommen wird. Die Entnahme geschieht auf freiwilliger Basis.

Fragen und Antworten sind entnommen aus der Broschüre „Patienteninformation Lebertransplantation“, die das Lebertransplantationszentrum Heidelberg aufgelegt hat und den Lebertransplantationspatienten zur Verfügung stellt. Die Redaktion dankt für die Abdruckgenehmigung.

T. Welsch

S. Müller

C. Riediger

Fortsetzung der Anmerkungen von Seite 13

4 Evangelos Cholongitas et al.: A Systematic Review of the Performance of the Model for End-Stage Liver Disease (MELD) in the Setting of Liver Transplantation, *Liver Transplantation* 12:1049–1061, 2006. Sehr kritisch, insbesondere im Hinblick auf die Langzeitwirkungen nach Ltx auch der Artikel von Volker Meier et

al.: Ein Jahr MELD-Score – Auswirkungen auf die Lebertransplantation, *Hepatitis & More*, Ausgabe 2, Dezember 2007, S. 8–11.

5 Andrew K. Burroughs et al.: 3-month and 12-month mortality after first liver transplant in adults in Europe: predictive models for outcome, *The Lancet*, Vol. 367, January 21, 2006

6 Siehe „Für mehr Ermessensspielraum der Transplantationszentren im Zeitalter der „Organe

mit erweiterten Kriterien“, „Lebenslinien“ 1/2008

7 Sammy Saab et al.: MELD Fails to Measure Quality of Life in Liver Transplant Candidates, *Liver Transplantation*, Vol. 11, No. 2 (February 2005); James Neuberger: Allocation of Donor Livers – Is MELD Enough? *Liver Transplantation*, Vol. 10, No. 7 (July 2004)

8 Siehe dazu den Artikel über Rescue Allocation und MELD – Die Lücke im System in diesem Heft.

Der MELD score

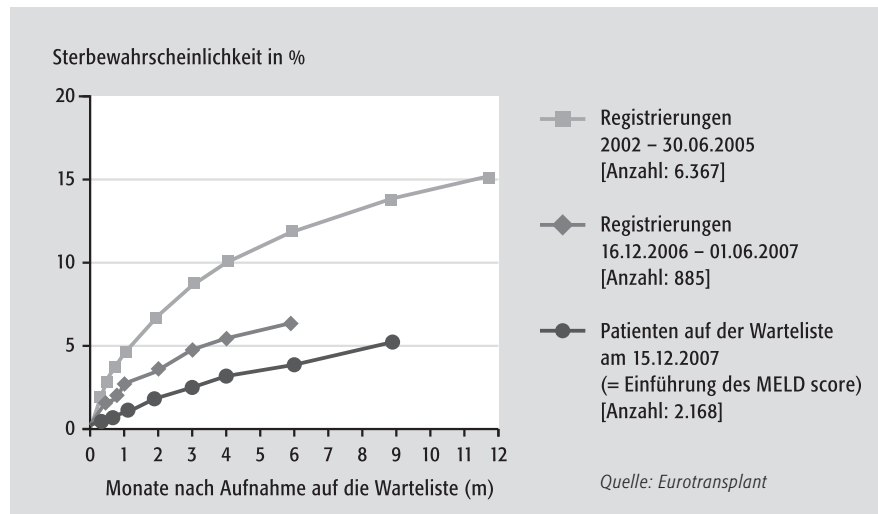
Erste Erfahrungen und offene Fragen

Wie mehrfach in den „Lebenslinien“ und „Lebenslinien Aktuell“¹ berichtet, wird innerhalb des Eurotransplant(ET)-Systems seit 16. Dezember 2006 der MELD score (MELD = model for end-stage liver disease) zur Verteilung postmortaler Spenderlebern verwendet. Der MELD score in der reinen Form (sog. **labMELD**) basiert auf nur drei Parametern und den entsprechenden Labormessungen (Bilirubin, Kreatinin und INR = international normalized ratio für die Blutgerinnung); er wurde aus einem an der Mayo Klinik in USA entwickelten Modell zur Vorhersage des Überlebens (Restlebenszeit ohne Transplantation) bei schwerer Lebererkrankung entwickelt. Da dieser Indikator aber bei verschiedenen Lebererkrankungen (wie etwa HCC, APDL, FAP u.a.) kein zuverlässiger Prädiktor ist, wurden Standardausnahmen (standard exceptions = SE)² definiert, für die zusätzliche Punkte (über den labMELD hinaus) gegeben werden, so dass sich dann der sog. MatchMELD ergibt. Während beim alten System auch subjektive Faktoren zum Tragen kamen, die den Ärzten manchmal schwere Entscheidungen abverlangten, basiert der MELD score auf wenigen objektiven Parametern ohne ärztliches Urteil.

In USA wird der MELD score schon seit 2002 verwendet mit positiver Erfahrung. Die ersten Erfahrungen bei ET sind ebenfalls sehr positiv, mit einer dramatischen Abnahme des Todes auf der Warteliste, da die am schwersten erkrankten Patienten (mit der kürzesten Restlebenszeit ohne Transplantation) Priorität bei der Zuteilung von Spenderlebern haben gegenüber weniger dringlichen Fällen. Im Vergleich zu den Jahren 2002 bis 2005 ist nach Einführung des MELD score im Dezember 2006 die Todeswahrscheinlichkeit auf der Leberwarteliste bei einer Wartezeit von neun Monaten von ungefähr 14 Prozent auf 5 Prozent zurückgegangen.³

Abgesehen von der häufigen Rezerifizierung des MELD score während der Wartezeit eines Patienten und dem damit verbundenen klinischen und prozeduralen Aufwand, über den die Transplantationszentren klagen, gibt es auch andere wenige positive Gesichtspunkte, die gegen den

Sterbewahrscheinlichkeit der auf der Warteliste für Ltx aufgenommenen Patienten



MELD score angeführt werden. Teilweise wird geltend gemacht, dass der MELD score kein besserer Prädiktor sei als der Child-Turcotte-Pugh (CTP) score bzw. sogar ein schlechter Prädiktor für das Ergebnis (Überleben nach Ltx), insbesondere für MELD > 24⁴. Es wird darauf hingewiesen, dass in einigen Studien nachgewiesen worden sei, dass der um einige klinische Variable ergänzte MELD (z.B. hepatische Enzephalopathie, Aszites, Natriummessung) wesentlich bessere Vorhersagen über das Überleben nach Ltx erlaube. Schließlich wird auch angeführt, dass die Vorhersagefähigkeit darunter leide, dass ja keine Information über den Organspender/Qualität der Spenderleber in die Messungen eingehe⁵, die aber entscheidend das Ergebnis nach Ltx mitbeeinflusse. Diese Kritik kommt auch in der Forderung nach größerem Entscheidungsspielraum für die Tx-Zentren zum Ausdruck, wie sie etwa von Prof. Klempnauer postuliert wurde⁶. Diese Kritik berührt allerdings weniger den MELD score als Instrument für die **Allokation** postmortaler Spenderlebern als vielmehr hauptsächlich den MELD score als Prädiktor des Überlebens. Ebenso wenig zieht die ebenfalls häufig vorgetragene Kritik, dass der MELD score ja in keiner Weise die Lebensqualität nach Ltx voraussage⁷, die Patienten aber sowohl an Überleben als auch an **Lebensqualität** interessiert seien. Die im Vereinigten Königreich (UK) verwendeten Verteilungskriterien für postmortalen Spenderlebern berücksichtigen in starkem Maße die „Nützlichkeit“ der Ltx für

die Patienten (Wahrscheinlichkeit des Überlebens bei gleichzeitig akzeptabler Lebensqualität).

Sicherlich ist der MELD score nicht unbedingt die letzte Erkenntnis- und Entwicklungsstufe der Überlegungen im Vorfeld der Transplantation; Weiterentwicklung ist möglich oder sogar wünschenswert, insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung anderer Krankheitsbilder als der Standardindikationen zur Ltx oder auch im Hinblick auf die Verwendung marginaler Organe⁸. Da Lebensqualität sowie einige der oben erwähnten klinischen Parameter aber (mehr oder weniger stark) subjektiv beeinflusste Messgrößen sind, ist man m.E. vorerst mit den objektiven Parametern des MELD score zur Verteilung der Spenderorgane an die kranksten Patienten gut bedient.

Ulrich R. W. Thumm

- 1 Siehe insbesondere Till Gerling: Einführung des MELD score bei Eurotransplant, „Lebenslinien Aktuell“ 2/2006
- 2 Die Standardausnahmen können in den einzelnen ET-Ländern verschieden sein. Außerdem ist die Liste nicht starr, so dass gelegentlich neue Krankheiten hinzugefügt werden können, für die der labMELD kein adäquates Bild ergibt.
- 3 Angaben von Eurotransplant: „Probability of death on the liver waiting list; all elective LiTx candidates“. E-Mail vom 19. Dezember 2007

Fortsetzung der Anmerkungen auf Seite 12

„Rescue Allocation“¹ besser als vom Organempfänger vermutet Erfahrungen mit „rescue“-Organangeboten im Zentrum Essen

Um möglichst keine Organe zu verlieren, hat Eurotransplant (ET) bereits vor einigen Jahren eine Vorgehensweise eingerichtet für den Fall, dass ein Organangebot aus medizinischen oder logistischen Gründen von mehreren Transplantationszentren abgelehnt wird, die sogenannte rescue allocation (Organzuteilung zur Rettung des Organs). Medizinische Gründe liegen vor, wenn die Qualität des Organs als schlecht angesehen wird, wenn der Organspender schlechte Laborwerte aufweist oder wenn Schwierigkeiten beim Empfänger vorhanden sind. Logistische Gründe liegen vor, wenn im Fall eines kleineren Zentrums nicht operiert werden kann oder wenn sonstige organisatorische Defizite vorhanden sind. In solchen Fällen wird das abgelehnte Organ nochmals als „rescue offer“ angeboten, wobei dann das Transplantationszentrum, welches das Organ akzeptiert, freie Hand hat bei der Wahl des Empfängers. Die Wahl erfolgt dann nach Überlegungen des Zentrums und nicht nach den von ET zentral vorgeschriebenen Dringlichkeitskriterien (seit 16.12.2007 der MELD score).

In Heft 1/2006 der „Lebenslinien“ haben wir über die Erfahrungen mit „rescue allocation“ in Heidelberg berichtet. Die Autoren hoben hervor, dass die kurzfristigen Ergebnisse (gemessen an der Überlebensrate nach Ltx) praktisch gleich waren wie bei normaler Vorgehensweise nach ET-Richtlinien. Nun hat auch das Tx-Zentrum Essen über Erfahrungen in den Jahren 2003–2004 mit ausführlicher statistischer Dokumentation berichtet. Die Ergebnisse sind insgesamt ähnlich befriedigend wie in Heidelberg². Im Berichtszeitraum wurden in Essen 45 rescue-Lebern transplantiert, die zuvor insgesamt 162 Mal von anderen Zentren aus medizinischen oder logistischen Gründen abgelehnt worden waren. Die 45 rescue-Organangebote wurden von den Ärzten in Essen als gute Gelegenheit betrachtet, Patienten mit Hep-C-Zirrhose und mit HCC zu versorgen, die nach der normalen Vorgehensweise nicht bzw. noch nicht zum Zuge gekommen wären. Die

Organe, die aus medizinischen Gründen abgelehnt worden waren (19 von 45 Fällen), stammten von älteren Spendern mit relativ hohem body mass index und ungünstigen Laborwerten. Die aus logistischen Gründen abgelehnten Organe (17 von 45) stammten von Spendern, die im Durchschnitt jünger und eher normalgewichtig waren sowie meist günstigere Laborwerte aufwiesen. Die übrigen Fälle, die aus beiden Arten von Gründen abgelehnt worden waren (9 von 45) wiesen überwiegend noch schlechtere Laborwerte auf.



Nach der Transplantation traten zwar Probleme auf (Nicht-Funktionieren oder mangelhaftes Funktionieren des Transplantats, auch zwei Todesfälle und vier Re-Transplantationen) verbunden mit überdurchschnittlicher Verweildauer auf der Intensivstation und insgesamt im Krankenhaus, doch waren die Ergebnisse relativ gut: die Überlebensrate während einer mittleren (Median) Beobachtungsdauer von 17 Monaten entsprach in etwa der Rate bei normaler Vorgehensweise. **Die Autoren der Studie betonen, dass die Auswahl des best-geeigneten Empfängers für ein Organ mit erweiterten Spenderkriterien – es wurden nur Empfänger in stabiler Kondition berücksichtigt – entscheidend sei für den Erfolg der Transplantation.**

Im Zeitalter zunehmenden Spenderalters und eines zunehmenden Organangebots mit sog. extended criteria (also nicht optimale Organe) kommt der Auswahl des Empfängers immer größere Bedeutung zu. Um der hier diskutierten Vorgehensweise ein besseres Image zu verleihen und sie nicht als äußersten Notfall erscheinen zu lassen, sollte man sich bei

ET vielleicht einen besseren Namen überlegen und möglicherweise für Organe mit extended criteria von vornherein den Transplantationszentren größere Flexibilität bei der Wahl des Organempfängers einräumen, ohne dann auf die „rescue-Schiene“ ausweichen zu müssen³.

Es wäre auch vorstellbar, dass man – ähnlich den Abweichungen vom labMELD hin zum MatchMeld zur adäquaten Berücksichtigung bestimmter Erkrankungen⁴ – Schwellen (Ober- und Untergrenzen) im labMeld definiert. So käme man z.B. zu einem Ext(tended)MELD für Patienten, für die Organe mit erweiterten Kriterien gut genug sein könnten, so dass innerhalb eines gewissen Bereichs Organe Zentrums-orientiert verteilt werden könnten. Auf diese Weise würde man vermeiden, dass Organe zu lange unterwegs wären zum geeigneten Empfänger.

Ulrich R. W. Thumm

- ¹ Rescue allocation bedeutet wörtlich Rettungszuteilung, d.h. Zuteilung eines Organs, um es vor totalem Verlust zu retten.
- ² Georgios C. Sotiropoulos et al.: Liver Transplantation with „Rescue Organ Offers“ Within the Eurotransplant Area: A 2-year Report From the University Hospital Essen, Transplantation, Vol. 82, Number 3, Aug. 15, 2006
- ³ Dr. Axel Rahmel, der medizinische Direktor von ET, spricht von modifiziertem oder beschleunigten Vermittlungsverfahren für „schwer vermittelbare Organe“. Nach seinen Angaben sind in Deutschland 30 Prozent der Spenderlebern schwer vermittelbar und werden mit Hilfe des beschleunigten Allokationsverfahrens zugeteilt. Siehe Axel Rahmel: Schwer vermittelbare Organe – Erfahrungen mit Eurotransplant-Bereich, DSO Kongressband 2006.
- ⁴ Siehe dazu den Artikel über den MELD score in diesem Heft.

Der folgende Artikel von Autoren der Medizinischen Hochschule Hannover gibt einen guten Überblick über die fortschreitende Entwicklung der Therapie von Hepatitis C bis hin zu Heilung für einen substantiellen Anteil der Betroffenen.

Die Redaktion

Interferontherapie bei Hepatitis C

Von den Anfängen in die Zukunft

In der Entwicklung neuer Therapien ist es manchmal wie mit den Börsenkursen: Der Aufsteiger des einen Tages kann am nächsten Tag zu den Verlierern gehören. Doch was eigentlich zählt, ist der langfristige Trend. Die Konstante in der Therapie der chronischen Hepatitis C ist Interferon alpha, dessen Einsatz in dieser Übersicht dargestellt wird. Obwohl die Basis der Hepatitis-C-Therapie immer noch aus Medikamenten besteht, die bereits seit Jahrzehnten verfügbar sind, ist es gelungen, durch ein vertieftes Verständnis der Medikamentenwirkung und durch Verbesserungen in der Applikationsform die Effizienz dieser Therapie erheblich zu steigern. Für die Zukunft deuten sich einige viel versprechende neue Medikamente an. Aber wie an der Börse wird erst die Zeit zeigen, welche dieser neuen Substanzen sich dauerhaft durchsetzen werden.

Interferon-alpha-Monotherapie

Schon früh nach der Entdeckung des Hepatitis-C-Virus (HCV) [1] erfolgten Therapieversuche mit Interferon (IFN). Mit zu den ersten Erfahrungen gehören die Studien von Davis und von DiBisceglie aus dem Jahr 1989 [2, 3], in denen über die Anwendung von IFN-alpha bei Patienten mit chronischer Hepatitis C berichtet wird. Die Zulassung von IFN-alpha zur Therapie der Hepatitis C erfolgte dann im Jahr 1991. Interferone waren auch zu dieser Zeit keine neuen Medikamente. Im Gegenteil, letztes Jahr war der 50. Jahrestag der Interferon-Erstbeschreibung durch Alick Isaacs und Jean Lindenmann, die seinerzeit eine Substanz entdeckten, die mit Viren interferierte (daher der Name) [4, 5].

Nach heutigen Maßstäben war die antivirale Therapie mit Standard-IFN in der Monotherapie nicht besonders erfolgreich. Als entscheidender Parameter des Therapieerfolgs gilt jetzt das komplette

Verschwinden der Hepatitis-C-Virus-RNA aus dem Blut des Betroffenen ein halbes Jahr nach Therapieende („sustained viral response“, SVR). Ist dies der Fall, beträgt das Risiko eines späteren Wiederaufflammens der HCV-Infektion um 1 %. Bei der Monotherapie mit Standard-IFN-alpha lag der SVR um 10 %, wobei unterschiedliche Protokolle verwendet wurden: 3 × 3 Millionen Einheiten Interferon pro Woche v.a. in den USA, 3 × 5–6 Millionen Einheiten pro Woche vorwiegend in Europa. Auch die Behandlungsdauer war nicht einheitlich (6–12 Monate). Was aber schon in den frühen Studien zu beobachten war und was

dann auch zur Zulassung führte, war eine deutliche Verbesserung der Entzündung in der Leber unter der Interferontherapie. Dies ließ sich sowohl an den Laborwerten als auch in der Leberhistologie zeigen. Auch die Viruslast sinkt während der Behandlung mit IFN und liegt bei vielen Patienten im Bereich unterhalb der Nachweisgrenze. Dies wird als On-Treatment-Response bezeichnet. Diesem On-Treatment-Response steht eine beträchtliche Rückfallrate innerhalb des ersten halben Jahres nach Beendigung der Therapie gegenüber („Relapse“). Daher war es nach Etablierung der Interferon-Monotherapie das Ziel, die Rückfallraten zu verringern.

Ribavirin-Monotherapie

Neben dem Einsatz von Interferonen wurde schon frühzeitig begonnen, weitere potenziell antiviral wirksame Medikamente für den Einsatz bei chronischer



PD Dr. med. Matthias J. Bahr



Prof. Dr. med. Michael P. Manns

Hepatitis C auszutesten. Reichard und Mitarbeiter schlugen den Einsatz von Ribavirin vor [6]. Auch Ribavirin war zum Zeitpunkt seiner Einführung in die Hepatitis-C-Therapie keineswegs neu, sondern wurde bereits 1972 erstmals beschrieben [7]. Ribavirin führt zwar zu einer Verbesserung der Leberwerte bei Patienten mit chronischer Hepatitis C, allerdings ändert sich die Viruslast nicht signifikant. Daher wird die Ribavirin-Monotherapie heutzutage als weitgehend wirkungslos angesehen. Im Gegenteil, durch die Ribavirin-induzierte Zerstörung roter Blutkörperchen kommt es auf Dauer sogar zu einer Eisenüberladung des

Körpers, was sich negativ auf den Verlauf chronischer Lebererkrankungen auswirken kann.

Kombinationstherapie mit Interferon alpha und Ribavirin

Obwohl die Einzelsubstanzen Ribavirin und Interferon-alpha als Monotherapie nach heutigen Maßstäben unbefriedigende Ergebnisse lieferten, wurde die Verbesserung der Leberwerte bzw. der Viruslast unter der Therapie als Motivation genommen, um auch Kombinationstherapien zu untersuchen [8]. Damit gelang es, die SVR-Raten auf über 30 % (Therapiedauer 24 Wochen) bis über 40 % (48 Wochen) zu steigern. So ließ sich erstmals eine dauerhafte Heilung für einen substantiellen Anteil der Betroffenen erreichen.

Weiterentwicklung der Interferone

Zur weiteren Verbesserung der An-

Fotos: privat

sprechraten wurde versucht, an den Interferonen Veränderungen vorzunehmen.

Consensus-Interferon. Da die natürlich vorkommenden Alpha-Interferone in ihrer Eiweißzusammensetzung gering variieren (z.B. sind zur Therapie der HCV-Infektion IFN-alpha 2a und IFN-alpha 2b zugelassen), wurde ein Interferon generiert, das in seiner Proteinsequenz dem Durchschnitt natürlicher Interferone entspricht – Consensus-Interferon alpha. Der erste Einsatz dieses Präparats erfolgte bereits in den 1980er Jahren zur Behandlung von Herpes-simplex-Infektionen [9]. Die vorliegenden Studien zeigen bei chronischer Hepatitis C unter Consensus-IFN Ansprechraten, die im Bereich derjenigen von IFN-alpha 2a und IFN-alpha 2b liegen. Interessanterweise deuten neue Daten aber darauf hin, dass ein Teil der Patienten, die auf die beiden letzteren Interferone nicht ansprechen, möglicherweise von Consensus-Interferon profitieren können, sodass sich die Zielgruppen mit dem höchsten Therapieansprechen bei den einzelnen Interferonen nicht komplett überlappen. Derzeit ist Consensus-Interferon aber nicht mehr auf dem deutschen Markt verfügbar.

PEG-Interferon. Eine andere Veränderung, die an den Interferonen vorgenommen wurde, war die Koppelung an Substanzen, die zu einem verlängerten Verbleiben der Interferone im Körper führen. Dazu wurden Makromoleküle mit der Bezeichnung Polyethylenglykol (PEG) verwendet [10]. Sie verlangsamen den Abbau der angekoppelten Interferone, sodass anstelle der dreimal wöchentlichen Gabe eine einmalige wöchentliche Applikation ermöglicht wurde. Außerdem sind die Interferonspiegel wesentlich konstanter. Die mittleren SVR-Raten lagen unter PEG-IFN-Monotherapie zwischen 30 und 40 %, und somit deutlich höher als unter den zuvor verwendeten Standard-Interferonen. In Kombination mit Ribavirin wurden mittlere SVR-Raten von über 50 % erzielt.

Die genaue Analyse der gewonnenen Erfahrungen mit der PEG-IFN/Ribavirin-Kombinationstherapie zeigte auch, dass die Hepatitis C sich gegenüber der Therapie heterogen verhält. Das Ansprechen und die benötigten Dosen unterscheiden sich in Abhängigkeit vom Genotyp, von der Viruslast und von weiteren Faktoren. Daher wurden zunächst an die unterschiedlichen HCV-Genotypen angepasste Behandlungsschemata etabliert: Die Genotypen I und IV werden über 12 Monate mit einer hohen Ribavirin-Dosis (1000 –

1200 mg) behandelt, wohingegen bei den Genotypen II und III eine 6-monatige Therapie mit 800 mg Ribavirin ausreichend ist.

Der nächste Schritt in der Optimierung der Behandlungsstrategie erfolgte dann durch die Berücksichtigung des individuellen Ansprechens während der laufenden Therapie. Hierbei zeigte sich, dass ein zügiges Ansprechen auf die Therapie (negative HCV-RNA nach 4 Wochen Therapie, „rapid viral response“, RVR) mit einer hohen Erfolgsaussicht verbunden ist. Dies gilt bei vielen Patienten selbst dann, wenn die Therapiedauer verkürzt wird. Eine Therapieverkürzung kommt vor allem dann in Frage, wenn bereits zu Beginn der Therapie eine niedrige Viruslast vorliegt. Im Gegensatz zu den schnell ansprechenden Patienten stehen Betroffene, die erstmals 24 Wochen nach Therapiebeginn eine negative HCV-RNA aufweisen. Für diese Patienten kann eine Verlängerung der Therapiedauer (z.B. auf 72 Monate bei Genotyp 1) zu einer deutlichen Verminderung der Rückfallrate führen. Somit ist es gelungen, allein durch eine Verbesserung der Therapieprotokolle zu einer Erhöhung der therapeutischen Effizienz zu kommen. Dies ist der Goldstandard der derzeit zugelassenen Therapien.

Albuferon. Alternativ zur Kopplung an Polyethylenglykol wurde ein Interferon-alpha entwickelt, das an das Plasmaprotein Albumin gebunden ist (Albuferon) [11]. Diese Substanz verbleibt noch länger im Körper als PEG-IFN. Sie wird derzeit noch in Studien untersucht und wird ersten vorläufigen Ergebnissen zufolge im Effizienzbereich von PEG-IFN liegen.

Protease- und Polymerase-Inhibitoren

Analog zur Situation bei HIV hat das zunehmende Verständnis der HCV-Replikation zur Beschreibung neuer Zielstrukturen geführt, die zur Therapie ausgenutzt werden können, darunter die HCV-Protease und die HCV-RNA-Polymerase. Für beide Enzyme wurden Hemmstoffe entwickelt.

Der erste erfolgreich getestete Proteasehemmer war BILN 2061 [12], eine sehr potente Substanz: Innerhalb von 2 Tagen fiel die Viruslast im Serum auf deutlich weniger als ein Hundertstel der Ausgangskonzentration. Die Substanz wurde aber wegen potenzieller Nebenwirkungen zunächst nicht weiter entwickelt. Mittlerweile sind weitere Proteasehemmer in der fortgeschrittenen klinischen Prüfung (z.B. Telaprevir, Boceprevir). Zwei Probleme zeichnen sich aber schon ab: (1) Neben-

wirkungen können ein beträchtliches Problem darstellen, (2) in der Monotherapie kommt es schnell zu Resistenzen, die man durch gleichzeitige Interferon-Gabe zu verhindern sucht. Das bedeutet, dass auch weiterhin auf eine Interferon-basierte Therapie nicht verzichtet werden kann.

Besonderheiten der antiviralen Therapie nach Lebertransplantation

Die antivirale Therapie folgt nach Lebertransplantation den selben Prinzipien, die bereits oben dargelegt wurden. Die Studienlage ist aber deutlich schlechter als ohne Transplantation. Insgesamt scheinen die SVR-Raten 10–20 % unterhalb derer zu liegen, die ohne Immunsuppression erreicht werden. Insbesondere der Ribavirineinsatz kommt eine große Bedeutung zu. Im Gegensatz zu den initialen Berichten spielen Abstoßungsreaktionen keine wesentliche Rolle. Falls sie auftreten, sind sie meist gut kontrollierbar. Da die Hepatitis C nach Lebertransplantation sehr aggressiv verlaufen kann, stellt sich die Frage, wann am besten mit einer Therapie zu beginnen ist. Hier hat sich bisher kein Vorteil für eine möglichst frühzeitige Therapie nach Lebertransplantation (präemptive Therapie) ergeben. Für die neuen Substanzen liegen bisher keine ausreichenden Daten nach Lebertransplantation vor, aber hier werden sich möglicherweise ganz neue Möglichkeiten der Verhinderung einer Reinfektion ergeben.

Was bringt die nähere Zukunft?

Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass die Behandlung der chronischen Hepatitis C auf absehbare Zeit mit Interferon-alpha als wesentlicher Komponente durchgeführt werden wird. Interferon kommt dabei in Kombination mit einem oder mehreren Partnern zum Einsatz. Im Moment scheinen die Nebenwirkungen der neueren Therapeutika noch ein relevantes Problem darzustellen. Daher erscheinen sie vor allem für Patienten mit schwierig behandelbaren Infektionen oder hoher Therapiedringlichkeit geeignet (z.B. Nonresponder oder fortgeschrittene Fibrose). Andererseits birgt die hohe antivirale Potenz der neuen Medikamente Chancen auf eine relevante Therapieverkürzung.

PD Dr. med. Matthias J. Bahr

Prof. Dr. med. Michael P. Manns

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, MHH

Literaturangaben auf Seite 17

Das Wiederauftreten der Grunderkrankung nach Lebertransplantation ist ein Phänomen, das je nach Grunderkrankung mit Häufigkeiten bis 30 Prozent auftritt. Mit der Zunahme der absoluten Zahl der Lebertransplantierten nimmt natürlich auch die Zahl der Patienten zu, die von einem Wiederauftreten der Grunderkrankung betroffen sind. Der nachstehende Artikel gibt einen Überblick über diese Krankheitsverläufe.

Rezidiv der Grunderkrankung nach Lebertransplantation¹

Einleitung und Übersicht

In den letzten Jahren wurden große Fortschritte in der Transplantationsmedizin erzielt, insbesondere bei den operativen Techniken, der Organkonservierung und bei der immunsuppressiven Therapie. Bei Lebertransplantation (Ltx) sind heutzutage 5-Jahres-Überlebensraten von 70–90 Prozent weltweiter Standard. In Deutschland wurden im Jahre 2006 insgesamt 1.063 Lebern transplantiert (971 nach postmortaler Spende; 83 nach Teilleber-Lebendspende; 9 Dominotransplantationen). Es besteht weiterhin ein akuter Organmangel, so dass die Wartezeiten bei steigender Zahl von Tx-Kandidaten immer noch länger werden.

Die Prognose lebertransplantierten Patienten im Langzeitverlauf hängt in starkem Maße von den Nebenwirkungen der Immunsuppression (wie Niereninsuffizienz, kardiovaskulären Komplikationen und Tumorentstehung) sowie vom Wiederauftreten der Grunderkrankungen in unterschiedlichem Maße ab. Im Langzeitverlauf sterben bis zur Hälfte der Patienten an transplantationspezifischen Komplikationen; dabei sind 30–70 Prozent dieser Fälle (also insgesamt zwischen 15 und ca. 30 Prozent der Ltx-Patienten) auf ein Rezidiv der Grunderkrankung zurückzuführen. Dabei gilt: „Erkrankungen, welche zu einem Rezidiv im Transplantat führen können, stellen den überwiegenden Anteil der Indikationen für Lebertransplantation dar“ (948).

Dieser Artikel diskutiert die Rekurrenz von Hepatitis C und B, HCC, cholestatischen Lebererkrankungen (PBC, PSC) und

Autoimmunhepatitis sowie Alkohol-bedingte Leberzirrhose und die entsprechenden therapeutischen Optionen.

Hepatitis-C-Reinfektion nach Ltx

Viral bedingte Lebererkrankungen stellen die häufigsten Indikationen für Ltx dar. Hepatitis-C-Virus (HCV)-bedingte Erkrankungen sind in USA bei über 50 Prozent der Patienten der Grund für eine Ltx. Im Zentrum Essen waren es zwischen April 1998 und September 2006 27 Prozent. „Bei allen Patienten, die zum Zeitpunkt der Transplantation eine virale Replikation aufweisen, kommt es zu einer Reinfektion des Transplantats. Dabei stellt die rekurrenzierende HCV-Infektion im Transplantat die häufigste Ursache für das Organversagen bei diesem Patientenkollektiv dar“ (940).

Der Verlauf der HCV-Reinfektion ist sehr unterschiedlich. Bei etwa 30 Prozent der Patienten kommt es nur zu milden Erkrankungen; 5–30 Prozent der Patienten entwickeln jedoch innerhalb von fünf

Jahren nach Ltx eine Leberzirrhose. Die Hauptfaktoren, die zum Hepatitis-C-Rezidiv beitragen können, sind in Tab.1 zusammengestellt. Bezüglich des Spenders werden vor allem Alter (> 60 Jahre) und Leberverfettung mit schlechterem Verlauf beim Empfänger assoziiert. Empfänger mit einer sehr hohen Viruslast (Virustiter > 1 Mio. Kopien/ml) haben ein 30 Prozent geringeres 5-Jahres-Überleben im Vergleich zu Patienten mit niedrigerer Viruslast. Hinsichtlich der Immunsuppression gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Ciclosporin und Tacrolimus. Jedoch wird bei langsamer statt abrupter Reduktion der Kortikosteroide ein günstigerer Verlauf verzeichnet, und hohe Bolusinjektionen mit Methylprednisolon zur Behandlung von Abstoßungsreaktionen sind mit einem ungünstigen Effekt auf das Transplantatüberleben assoziiert. Verschiedene immunsuppressive Strategien und ihre Auswirkungen sind aus Tab.2 ersichtlich.

Tab. 1: Einflussfaktoren für die histologische Progression des Hep-C-Rezidivs nach Ltx

Spenderassoziierte Faktoren	Spenderalter Steatosis hepatis (Leberverfettung) Kalt-/Warmischämiezeit (Unterbrechung der Durchblutung)
Empfängerassoziierte Faktoren	Empfängeralter Nichtkaukasier Genotyp 1b Hohe Viruslast vor Transplantation Boluskortikosteroide nach Transplantation Zügiges Ausschleichen der Kortikosteroide nach Transplantation

Literaturangaben zu Seite 16

1. Choo QL et al. *Science* 1989; 244: 359-62
2. Davis GL et al. *N Engl J Med* 1989; 321: 1501-6
3. Di Bisceglie AM et al. *N Engl J Med* 1989; 321: 1506-10
4. Isaacs A et al. *Proc R Soc Lond B Biol Sci* 1957; 147: 258-67

5. Isaacs A et al. *Proc R Soc Lond B Biol Sci* 1957; 147: 268-73
6. Reichard O et al. *Lancet* 1991; 337: 1058-61
7. Sidwell RW et al. *Science* 1972; 177: 705-6
8. Kakumu S et al. *Gastroenterology* 1993; 105: 507-12
9. Fish EN et al. *Antiviral Res* 1985: 191-7

10. Monkarsh SP et al. *Anal Biochem* 1997; 247: 434-40
11. Bain VG et al. *J Hepatol* 2006; 44: 671-8
12. Hinrichsen H et al. *Gastroenterology* 2004; 127: 1347-55

Tab. 2: Einfluss der Immunsuppression auf Viruslast und Hepatitis-C-Rezidiv

Immunsuppressiva	Viruslast	Schwere des Rezidivs
Calcineurininhibitoren (CNI)	Kein Unterschied zwischen Ciclosporin A und Tacrolimus	Kein Unterschied zwischen Ciclosporin A und Tacrolimus
Kortikosteroide als Bolus	Ungünstig	Ungünstig
Azathioprin	Günstiger (im Replikonsystem)	Kontroverse Daten
Mycophenolatmofetil (MMF)	Kontroverse Daten	Kontroverse Daten
T-Lymphozyten-depletierende Substanzen	Unbekannt	Kontroverse Daten
Sirolimus	Unbekannt	Unbekannt

Je nach zeitlichem Beginn der Therapie unterscheidet man zwischen prophylaktischer und präemptiver Behandlung der Hep C oder eben, bei Wiederauftreten nach Ltx, Rezidivbehandlung. Über eine antivirale Therapie von Wartepatienten als Rezidivprophylaxe gibt es wenig Daten. Sie ist mit erheblichen Risiken verbunden, insbesondere angesichts des ungewissen Zeitpunkts der Ltx bei postmortalen Spende; sie hat sich daher nicht durchgesetzt. Auch bei der präemptiven Interferon-Therapie in den ersten Wochen nach Ltx überwiegen die Risiken gegenüber den Vorteilen. „Insgesamt sollte eine antivirale Therapie in der Rekonvaleszenzphase nach Ltx nur im Einzelfall erwogen werden, zumal durch die bisherigen Studienergebnisse kein sicherer Vorteil gegenüber einer späteren Behandlung (> 4 Wochen postoperativ) belegt werden konnte“ (942). Die häufigste Therapie der Rezidivhepatitis C erfolgt mit pegyliertem IFN-alpha und Ribavirin. Bei 25–30 Prozent der Fälle ist eine virologische Response zu verzeichnen. Bei 20–30 Prozent der Patienten muss die Behandlung aufgrund ungünstiger Nebenwirkungen abgebrochen werden. „Bisher gibt es keine einheitlichen Empfehlungen bezüglich des optimalen Therapiebeginns, der Dauer der Behandlung und der Dosierung“ (942).

Hepatitis B

Früher galt eine Hepatitis-B-Virus (HBV)-Infektion in vielen Zentren als Kontraindikation für eine Ltx. Ohne adäquate antivirale Behandlung lagen die 3-Jahres-Überlebensraten der HBV-infizierten Patienten nach Ltx nur bei 60 Prozent im Vergleich zu > 80 Prozent bei Patienten mit nicht-virusinduzierten Lebererkrankungen. Für replikative Wartepatienten stehen gut wirksame antivirale Behandlungen mit Nukleos(t)idanaloga wie u.a. Lamivudin, Adefovir, Entecavir,

Telbivudin und demnächst auch Tenofovir zur Verfügung. Eine präoperative antivirale Therapie wird allerdings nur bei positivem Replikationsstatus empfohlen, mit engmaschigem Monitoring, um das Risiko der Reinfektionshepatitis nach Ltx zu minimieren.

„Bei Patienten mit replizierender HBV-Infektion sollte vor Durchführung der Ltx ein negativer HBV-DNA-Befund angestrebt werden“ (942). Meist wird eine vor Ltx eingeleitete Therapie mit einem Nukleos(t)idanaloga auch postoperativ fortgesetzt, bisher standardmäßig mit zusätzlicher Gabe von Hep-B-Hyperimmunglobulin (HBIG). Bei dieser Kombinationstherapie konnte die Reinfektionsrate auf < 5 Prozent gesenkt werden. Je nach Zentrum wird die HBIG in fixen Dosen verabreicht oder individuell am Patienten orientiert mit regelmäßigem Monitoring.

Bei Lamivudin-Monotherapie werden im ersten postoperativen Jahr Rezidivraten von < 10 Prozent berichtet. Langzeituntersuchungen zeigen jedoch Transplantat-Reinfektionsraten von bis zu 50 Prozent innerhalb von drei Jahren. Absolut sichere Therapieempfehlungen können beim gegenwärtigen Wissensstand nicht abgegeben werden. Auch ist bislang die Effizienz neuerer Nukleos(t)idanaloga wie Adefovir, Entecavir, Tenofovir und Telbivudin zur Behandlung der HBV-Reinfektion im Transplantat noch nicht ausreichend nachgewiesen.

Hepatozelluläres Karzinom (HCC)

Aufgrund des Tumorwachstums während der Wartezeit wird für HCC-Patienten sowohl in USA als auch bei Eurotransplant einerseits der MELD score mit zusätzlichen Punkten nach oben korrigiert. Auf diese Weise können HCC-Patienten schon zu einem früheren Zeitpunkt mit einem lebensrettenden Organ versorgt werden. Andererseits wird in vielen Zen-

tren aber auch Chemoembolisation, perkutane Ethanolinjektion, radiofrequenzinduzierte Thermoablation oder Kryotherapie (mit Kälte) angewendet, um die Tumoren zu zerstören oder zu reduzieren². Allerdings ist nicht klar, ob durch diese Behandlungen auch eine geringere Rezidivhäufigkeit nach Ltx zu verzeichnen ist.

Ltx ist die effektivste Behandlung von HCC-Patienten, sofern die sog. Milano-Kriterien (HCC-Herd mit < 5 cm; max. 3 Herde mit < 3 cm) erfüllt sind. Die 1-Jahres- bzw. 5-Jahres-Überlebensraten nach Ltx für solche Patienten betragen 80 bzw. 60–70 Prozent; die Rezidivrate liegt bei 10–15 Prozent, bei Tumoren mit < 2 cm sogar darunter. Aus dem Transplantationszentrum Pittsburgh, PA werden selbst bei Tumoren außerhalb der Milano-Kriterien tumorfreie Überlebenszeiten nach Ltx von 3,3 Jahren bei fast 50 Prozent der Patienten berichtet. Angesichts dieser Zahlen wird eine Erweiterung der Kriterien für die Lebendspende-Ltx (LDLT) erwogen. In Japan ist HCC die häufigste Indikation für eine LDLT. Bei Erfüllung der Milano-Kriterien werden von dort 3-Jahres-Patientenüberlebensraten von 78,7 Prozent gemeldet und rezidivfreies Überleben von 79,1 Prozent.

Ein HCC-Rezidiv nach Ltx stellt im allgemeinen eine definitive Kontraindikation zur Retransplantation dar. Die oben erwähnten Verfahren zur Behandlung von Tumoren während der Wartezeit werden zwar auch bei HCC-Rezidiv nach Ltx eingesetzt, bieten allerdings keinen eindeutigen Überlebensvorteil. Dagegen hat möglicherweise eine frühe Reduktion der Immunsuppression mit Absetzen der Kortikosteroide einen positiven Effekt. Gegenwärtig laufen klinische Studien zum Vergleich zwischen Sirolimus- und CNI-Behandlung hinsichtlich dem zeitlichen Auftreten des HCC-Rezidivs.

Cholestatische Lebererkrankungen und Autoimmunhepatitis

Bei primär billärer Zirrhose (PBC) ist die Prognose nach Ltx sehr gut, mit 5-Jahres-Patientenüberleben von etwa 85–90 Prozent. In einem postoperativen Zeitraum von 10 Jahren tritt bei bis zu einem Drittel der Patienten ein Rezidiv auf (Tab. 3). Als Risikofaktoren für ein Rezidiv werden Spender- und Empfängeralter, die Warm- und Kaltischämiezeit sowie die Art der Immunsuppression genannt (wobei Ciclosporin A besser eingeschätzt wird als Tacrolimus). Die Behandlung mit Ursodeoxycholsäure (UDCA) sollte auch

Tab. 3: Häufigkeit eines Rezidivs nach Ltx bei cholestatischen Lebererkrankungen und Autoimmunhepatitis

Erkrankung	Referenz (a)	Patienten (n)	Nachbeobachtung (Monate)	Rezidivinzidenz (%)
AIH	Duclos-Vallée (2003)	17	> 120	41
AIH	Prados et al. (1998)	27	44	33
AIH	Ratzu et al. (1999)	15	62	20
AIH	Reich et al. (2000)	24	27	25
AIH	Vogel et al. (2004)	28	100	32
PBC	Sylvestre et al. (2003)	100	56	17
PBC	Dubel et al. (1995)	16	> 48	0
PBC	Hubscher et al. (1993)	83	18	16
PBC	Dmitrewski et al. (1996)	27	> 12	30
PBC	Liemann-García et al. (2001)	400	56	17
PSC	Goss et al. (1997)	127	> 120	9
PSC	Graziadei et al. (1999)	150	55	20
PSC	Narumi et al. (1995)	33	37	12
PSC	Sheng et al. (1996)	32	8	25
PSC	Vera et al. (2002)	152	36	37

(a) Duclos-Vallée, JC et al.: A 10 year follow up study of patients transplanted for autoimmune hepatitis: histological recurrence precedes clinical and biochemical recurrence. *Gut* 2003;52:893-7; Prados, E et al.: Outcome of autoimmune hepatitis after liver transplantation. *Transplantation* 1998; 66:1645-50; Ratzu, V et al.: Long-term follow-up after liver transplantation for autoimmune hepatitis: evidence of recurrence of primary disease. *J Hepatol* 1999; 30:131-41; Reich, DJ et al.: Liver transplantation for autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2000; 32:693-70; Vogel, A et al.: Long-term outcome of liver transplantation for autoimmune hepatitis. *Clin Transplant* 2004; 18:62-9; Sylvestre, PB et al.: Recurrence of primary biliary cirrhosis after liver transplantation: histologic estimate of incidence and natural history. *Liver Transpl* 2003; 9:1086-93; Dubel, L et al.: Kinetics of anti-M2 antibodies after liver transplantation for primary biliary cirrhosis. *J Hepatol* 1995; 23:674-80; Hubscher, SG et al.: Primary biliary cirrhosis. Histological evidence of disease recurrence after liver transplantation. *J Hepatol* 1993; 18:173-84; Dmitrewski, J et al.: Recurrence of primary biliary cirrhosis in the allograft: the effect of immunosuppression. *J Hepatol* 1996; 24:253-7; Liemann-García, RF et al.: Transplantation for primary biliary cirrhosis: retrospective analysis of 400 patients in a single center. *Hepatology* 2001; 33:22-7; Goss, JA et al.: Orthotopic liver transplantation for primary sclerosing cholangitis. A 12-year single center experience. *Ann Surg* 1997; 225:472-81; Graziadei, IW et al.: Long-term results of patients undergoing liver transplantation for primary sclerosing cholangitis. *Hepatology* 1999; 30:1121-7; Narumi, S et al.: Liver transplantation for primary sclerosing cholangitis. *Hepatology* 1995; 22:451-7; Sheng, R et al.: Cholangiographic features of biliary strictures after liver transplantation for primary sclerosing cholangitis: evidence of recurrent disease. *Am J Roentgenol* 1996; 166:1109-13; Vera, A et al.: Risk factors for recurrence of primary sclerosing cholangitis of liver allograft. *Lancet* 2002; 360:1943-4

nach Ltx fortgesetzt werden, eventuell in Kombination mit Steroiden.

Bei primär sklerosierender Cholangitis (PSC) schwanken die berichteten Rezidivzahlen und die Beobachtungszeiträume enorm (9–37 Prozent bzw. 8 – > 120 Monate) (Tab. 3), wobei auch die schwierige Differenzialdiagnose mitverantwortlich sein kann für die große Bandbreite. „Als Risikofaktoren für ein Rezidiv wurden eine Infektion mit dem Zytomegalievirus [Speicheldrüsenvirus], ein Mismatch zwischen Spender und Empfänger sowie das männliche Geschlecht beschrieben“ (946). „Bei den Transplantatempfängern mit einer PSC ist aufgrund der biliären Rekonstruktion ...

zur Diagnosestellung eines Rezidivs oft eine perkutane transhepatische Cholangiographie (PTC) notwendig, ggf. auch in Kombination mit einer Magnetresonanztomographie (MRCP). Da eine Cholangitis oft mit einem Anstieg der cholestaseanzeigenden Enzyme und klinischen Zeichen eines Ikterus [Gelbsucht] und Juckreiz einhergeht, ist neben der antibiotischen Therapie der Einsatz einer UDCA-Therapie sinnvoll“ (946).

Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde zum ersten Mal der Fall eines Patienten mit rezidivierender Autoimmunhepatitis (AIH) berichtet. Auch bei AIH schwanken die berichtete Rezidivhäufigkeit und die Nachbeobachtungs-

zeit enorm (20–41 Prozent bzw. 27–> 120 Monate) (Tab. 3). Als Risikofaktoren für ein Rezidiv werden genannt: das Absetzen der Kortikosteroide, das Vorhandensein von HLA-DR3 oder HLA-DR4 beim Empfänger unabhängig vom Spender-HLA-Muster (HLA = histologisches Antigen-System), Tacrolimus-basierte Immunsuppression und schwere nekroinflammatorische Veränderungen der explantierten Nativeleber. Außerdem wird bei AIH-Patienten ein höheres Risiko für eine akute oder chronische Abstoßungsreaktion beschrieben. Zur Behandlung des Rezidivs gibt es keine einheitlichen Empfehlungen. In der Regel wird die Immunsuppression variiert: Erhöhung der Steroidgabe und Ergänzung durch Azathioprin oder MMF.

Alkohol bedingte Leberzirrhose

„Die alkoholische Lebererkrankung ist die zweithäufigste Indikation zur Ltx in Europa und den USA. Die Langzeitergebnisse dieser Patientengruppe sind sehr gut und vergleichbar mit anderen Indikationen“ (947). Akute und chronische Abstoßungsreaktionen sind selten, häufiger dagegen bakterielle Infektionen sowie tumoröse Erkrankungen als Begleiterscheinung der Immunsuppression. Die Häufigkeit rezidivierenden Alkoholmissbrauchs variiert sehr stark, liegt aber längerfristig (meist bereits in den ersten beiden Jahren) im Mittel bei etwa 30 Prozent; schwere Fälle liegen eher im Bereich von 10–15 Prozent und sind mit erhöhter Mortalität verbunden. Die Hauptrisikofaktoren für den Rückfall sind neben einem jüngeren Lebensalter in erster Linie sozialer Art: geringerer Bildungsstand, geringerer sozialer Status und Alkoholmissbrauch bei Verwandten ersten Grades. Eine psychosoziale Begleitung wird in der Regel vor Ltx angeboten, wäre aber auch danach weiterhin erforderlich, so wie es in erfahrenen Zentren wie in Essen auch durchgeführt wird.

Zusammenfassung von Ulrich R. W. Thumm

1 Dieser Artikel ist eine Zusammenfassung eines originären Artikels mit demselben Titel von S. Beckebaum, G. Gerken et al., der in der Zeitschrift *Medizinische Klinik* (2006;101:939–50 (Nr. 12)) erschien. Die Zusammenfassung wurde von Ulrich Thumm verfasst, jedoch freundlicherweise von Professor Gerken durchgesehen und ergänzt.

2 Siehe dazu die Artikel von G. Otto: *Chirurgische Therapie des hepatozellulären Karzinoms im Zeitalter der Leberlebendspende*, in diesem Heft; sowie W. Steurer: *Tumoren der Leber und Gallenwege – Resektion oder Transplantation*, „Lebenslinien“ 2/2006.

In-vivo-Herstellung von Lebergewebe

Die Realisierung des Traums, funktionsfähiges Lebergewebe herzustellen zur Therapie verschiedener Lebererkrankungen, ist wieder ein Stückchen nähergerückt. Eine ermutigende Nachricht kommt von japanischen Forschern, die lebensfähiges Lebergewebe aus Leberzellen von genetisch veränderten Mäusen in einem neuen Verfahren in vitro herstellten und dann in normale Mäuse implantierten, wo sich das Gewebewachstum in vivo weiter vollzog und vielseitige positive Eigenschaften aufwies¹. Bisherige Verfahren zur Gewebeherstellung litten meist darunter, dass die Zellkontakte unzulänglich waren. Diese Schwierigkeit haben die japanischen Forscher durch die Verwendung eines Wärme-empfindlichen Kunststoffes überwunden. Dabei werden die Zellen zunächst bei Körpertemperatur von 37 Grad C auf dem Kunststoffplättchen kultiviert. Nach kurzer Abkühlung auf 20 Grad C löst sich das Gewebe spontan von dem Plättchen, ohne Schaden zu nehmen und dabei insbesondere die interaktiven

Zellkontakte zu bewahren. Mit Hilfe histologischer Untersuchungen wurden die für Leberzellen typischen Mikrostrukturen und die funktionalen Verbindungen zwischen den Zellen (einschließlich Gallenkanälchen) nachgewiesen. **Die potenzielle klinische Verwendbarkeit dieses Verfahrens wurde auch durch die Verwendung von menschlichen statt der tierischen Leberzellen nachgewiesen.**

Das so hergestellte Lebergewebe wurde normalen Mäusen subkutan in einen eigens vorbereiteten Hohlraum bzw., zum Vergleich, in die Leber implantiert. Das Gewebe überlebte über mindestens 235 Tage, wobei das Wachstum außerhalb der Leber in dem subkutanen Hohlraum besser verlief als in der Leber. Außer diesem „zweidimensionalen Gewebe“ – es handelt sich um eine hauchdünne Gewebeschicht – wurde auch „dreidimensionales Gewebe“ hergestellt durch das Übereinanderlegen mehrerer zweidimensionaler Gewebeschichten innerhalb des subkutanen Hohlraums in den Empfängermäu-

sen. Dieses dreidimensionale Gewebe wies noch mehr Funktionsmerkmale von Lebergewebe auf einschließlich Blutgefäßen (auch mit Verbindungen nach außen), allerdings ohne Gallengänge, die schlussendlich für die Verbindung zum Darm notwendig wären.

Es gibt noch viele offene Fragen, doch zeichnet sich in diesem Forschungsprojekt Fortschritt in mehrfacher Richtung ab: hinsichtlich des Überlebens „künstlichen“ Lebergewebes und der minimal-invasiven Implantation im subkutanen Bereich. Die Autoren weisen in einer Randbemerkung auch auf andere Forschungen hin, bei denen Leberzellen auf effiziente Weise auch aus embryonalen Stammzellen gewonnen werden konnten. Dagegen spricht allerdings die allgemeine Problematik der Gewinnung embryonaler Stammzellen, so dass das hier beschriebene Verfahren sicherlich vorzuziehen ist².

Leber als Stammzellpool

Ergänzend zur vorigen Zusammenfassung sei auf eine neue Entwicklung in der Stammzellforschung hingewiesen, die ebenfalls aus Japan kommt: die im

Tierversuch vorgenommene Reprogrammierung von Leber- und Magen-zellen zu pluripotenten Stammzellen³. Es wird allerdings noch etliche Jahre dauern, ehe

man mit diesen Stammzellen verletztes Gewebe wiederherstellen, geschweige denn ein vollständiges Organ erzeugen könnte.

Fettleber: Auftreten/Abklingen und Krankheitsfortschritt

Ein Forscherteam in Italien hat insgesamt 480 Menschen aus der Dionysos-Studie⁴ aufgrund spezifischer Laborparameter ausgesucht und über einen mittleren Zeitraum von 8 1/2 Jahren beobachtet. Bei allen wurde eine Lebererkrankung vermutet, ohne dass sie allerdings eine HBV- oder HCV-Infektion aufgewiesen hätten. In der Stichprobe hatten 336 Menschen eine Fettleber (FL), die mit Hilfe einer Sonographie diagnostiziert wurde; die restlichen 144 wiesen keine Fettleber auf⁵. In allen Fällen wurden die Essgewohnheiten/Nahrungsmittelaufnahme einschließlich Alkoholkonsum an Hand eines Fragebogens ermittelt. Bei den aufgrund ihrer auffälligen klinischen Merkmale ausgewählten Menschen war die Inzidenzrate (Neuauftreten) von FL während des Be-

obachtungszeitraums 18,5 pro 1.000 Personenjahre, die Remissionsrate (Nachlassen, Verschwinden) 55,0. Das Fortschreiten zu Leberzirrhose bzw. Leberkrebs war insgesamt relativ selten (< 2 pro 1.000 Personenjahre), allerdings fast doppelt so hoch für FL im Vergleich zu Nicht-FL.

Mit Hilfe multivariater statistischer Analyse wurde unter den mutmaßlichen Determinanten für Inzidenz bzw. Remission von FL (Alter, Geschlecht, body mass index, Leberenzyme, Alkoholkonsum) **Alkoholkonsum** als der mit Abstand **bedeutendste Risikofaktor** ermittelt. Die Erhöhung des Alkoholkonsums gegenüber dem Ausgangspunkt um 20 g pro Tag (entspricht ungefähr 1/4 l Wein) schlägt sich in einer Erhöhung der Inzi-

denz von FL um 17 Prozent nieder bzw. einer Reduktion der Remission um 19 Prozent bei ansonsten gleich bleibenden Parametern für eine vermutete Lebererkrankung; desgleichen schlägt sich die Erhöhung des Alkoholkonsums gegenüber dem Ausgangspunkt um 20 g pro Tag in einer Erhöhung der Sterbewahrscheinlichkeit um 10 Prozent nieder. Diese Erkenntnis steht in deutlichem Gegensatz zu der bislang verbreiteten Meinung, wonach anthropometrische Faktoren (Messungen von Körpermerkmalen, insbesondere Alter, Geschlecht und body mass index = BMI) sowie metabolische Faktoren (Stoffwechsel: ALT, AST, GGT) bedeutsamer für die Prognose von FL seien als Alkoholkonsum.

- 10

Körperfettverteilung und metabolisches Syndrom

Die Fettverteilung im Körper als Einflussfaktor für die Schwere des metabolischen Syndroms (NAFLD = nonalcoholic fatty liver disease)/nicht-alkoholische Fettleber (NAFL = nonalcoholic fatty liver) und NASH = nonalcoholic steatohepatitis) wurde in einer anderen Studie untersucht⁶. NAFLD ist die häufigste chronische Lebererkrankung. NASH ist wesentlich weniger häufig, kann aber in bis zu 20 Prozent der Fälle zu Leberzirrhose führen. NAFLD ist eng mit Fettleibigkeit (BMI > 30 kg/m²) assoziiert. Der BMI ist am

stärksten mit dem Auftreten von Diabetes korreliert. Die Studie erstreckte sich über mehrere Jahre und bezog insgesamt 123 Patienten (40 Männer; 83 Frauen) mit einem mittleren Alter (Median) von 55,5 Jahren ein. Das wichtigste Ergebnis der multivariaten Analyse ist, dass auch die **Verteilung des Fettgewebes im Körper** von Bedeutung ist; sie hat einen statistisch **signifikanten Einfluss auf die Gewebeveränderungen** (und damit verschiedene Ausprägungen des metabolischen Syndroms). Fettansammlung am Bauch (ge-

messen durch den Taillenumfang) trägt entscheidend zum Risikoprofil des NAFLD (Insulinresistenz, Diabetes, Bluthochdruck, Hypertriglyceridämie = erhöhte Konzentration von Fettsäuren im Serum) bei. Fettansammlung am Nacken (Büffelnacken) trägt in erster Linie zur Schwere der hepatischen Gewebeveränderungen (Fettleberhepatitis bis Zirrhose) bei. Man sollte also möglichst gleichmäßig und dauerhaft abnehmen, um diese Probleme zu vermeiden.

Thymoglobulin und Ischämie-Reperfusionsschäden

Die Konservierung von Spenderorganen während der Ischämiezeit (also wenn das Organ explantiert und nicht mehr durchblutet ist) ist eine kritische Aufgabe innerhalb der Transplantationsmedizin. Ischämie liegt in der Natur der Transplantation: Es muss immer ein Organ aus einem noch durchbluteten Organismus entnommen und damit vom Blutstrom abgeschnitten werden, bevor es im Empfängerorganismus wieder angeschlossen wird. Zur Konservierung während der Ischämiezeit müssen die explantierten Organe mit Flüssigkeit (statt des Bluts) durchströmt werden (Perfusion); dabei können Schäden auftreten (Reperfusionsschäden), die die Qualität und das Funktionieren des Transplantats beeinträchtigen oder sogar

ganz verhindern; sie sind auch entscheidend für die Länge des Krankenhausaufenthalts nach Tx und für die Überlebenszeit von Transplantat und Patient und somit auch ein wichtiger Kostenfaktor. Die Erfahrungen mit der Verwendung von Thymoglobulin (TG) zur Verhinderung solcher Ischämie-Reperfusionsschäden ist Gegenstand einer Literaturübersicht von Mehrabi et al. von der Universität Heidelberg⁷. TG, ein polyklonaler Antikörper mit entzündungshemmender und immunsuppressiver Wirkung, wird seit 1984 in der Transplantationsmedizin vielseitig verwendet, u.a. als Induktionstherapie zur Verhinderung bzw. Behandlung von Organabstoßung⁸, auch mit der Möglichkeit, andere Immunsuppressiva erst mit eini-

ger Verzögerung nach der Transplantation einzusetzen. TG ist wirksam als Mittel zur besseren Konservierung von explantierten Spenderlebern und -nieren und verbessert dadurch die Überlebensraten von Transplantat und Patient. Dadurch wird es auch eher möglich, Organe von marginalen Spendern zu verwenden und somit das Spenderpotenzial auszuweiten. TG ist allerdings keineswegs ein Wundermittel, das ausschließlich Vorteile bietet. Es wird ausdrücklich erwähnt, dass TG auch erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen haben kann, u.a. ein erhöhtes Risiko, Lymphom zu entwickeln. Die Autoren empfehlen ausdrücklich weitere randomisierte klinische Studien über TG zur Verhinderung von Ischämie-Reperfusionsschäden.

Ergebnisse der Spenderevaluierung bei Leberlebendspende

Mit Beteiligung von neun Lebertransplantationszentren in USA wurden zwischen Januar 1998 und Februar 2003 insgesamt 819 potenzielle Empfänger und 1.011 potenzielle Leberlebendspender evaluiert. Die mit Hilfe multivariater statistischer Analyse gewonnenen Ergebnisse wurden nun vorgestellt⁹. Zweck der Spenderevaluierung ist es herauszufinden, welches postoperative medizinische Risiko für den Spender besteht und ob der Spender überhaupt ein geeignetes Organ für den Empfänger anzubieten hat. Von den 1.001 evaluierten potenziellen Spendern wurden nur 405 (40 Prozent) akzeptiert. Die Studienergebnisse sind in ihrer Mehrzahl wenig überraschend. Die Ablehnung eines potenziellen Lebendspenders er-

folgt sowohl aufgrund von Spender- als auch von Empfängereigenschaften. Die wichtigsten und statistisch signifikanten Charakteristika für Akzeptanz waren bei den Spendern: jüngeres Alter, geringeres Gewicht und body mass index (BMI) sowie Verwandtschaftsgrad (am meisten Kinder des Empfängers); Gründe für Ablehnung beim Spender waren meist medizinischer, aber auch psychosozialer Natur (Drogen/Alkoholmissbrauch; Änderung der Haltung und Ablehnung der Spende); auf der Empfängerseite waren Gründe für eine Ablehnung meist eine noch rechtzeitige Verfügbarkeit eines postmortalen Organs oder Tod. Die Empfänger, für die eine Lebendspende akzeptiert wurde, waren ebenfalls jünger und schlanker (nied-

riger BMI) und auch in weniger kritischem Zustand (gekennzeichnet durch geringeren Aszites und niedrigeren MELD score) als die Durchschnittskandidaten auf der Warteliste für postmortale Leberspende. **Etwas überraschend ist allerdings, dass die Durchführung einer Lebendspende in signifikantem Maß mit der Wahl des Transplantationszentrums zu tun hat. Außerdem wurde festgestellt, dass die Akzeptanz von Lebendspendern mit zunehmender Erfahrung der Transplantationszentren zurückhaltender wurde.** (Im übrigen weisen die Autoren darauf hin, dass die Leberlebendspende in USA seit dem Tod eines Spenders im Jahre 2001 um die Hälfte abgenommen hat.)

Anmerkungen von Seite 20/21

- 1 Kazuo Ohashi et al.: *Engineering functional two- and three-dimensional liver systems in vivo using hepatic tissue sheets*, *Nature Medicine*, vol. 13, number 7, July 2007. Siehe auch den Bericht von Nicola von Lutterotti in *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 17. Oktober 2007.
- 2 Vgl. dazu auch „Bedenke das Ende“ von Julia Klöckner in *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 19. Oktober 2007. Die Autorin weist auf das große Potenzial von adulten Stammzellen hin, deren Verwendung raschere Erfolge verspricht in ethisch unproblematischer Weise.
- 3 Im Internet unter www.focus.de/gesundheit/ratgeber/zukunftsmedizin/news/stammzellforschung_aid_238032.html
- 4 Studie in den 1990er Jahren über das Auftreten chronischer Lebererkrankungen in der Bevölkerung zweier Städte in Norditalien. Zu Beginn der Studie hatte man eine Stichprobe von 693 Personen ausgewählt, aber 213 waren zum Zeitpunkt der Auswertung nicht mehr verfügbar.
- 5 Giorgio Bedogni et al.: *Incidence and natural course of fatty liver in the general population: The Dionysos study*, *Hepatology* 2007 (published on line 8 Aug 2007).
- 6 Arun J. Sanyal et al.: *The impact of fat distribution on the severity of nonalcoholic fatty liver disease and metabolic syndrome*, *Hepatology* Oct. 2007: 1091-1100. Für eine allgemeinen Darstellung des NAFLD siehe den Artikel von H. Dancygier „Lebererkrankungen beim metabolischen Syndrom“ in „Lebenslinien“ 2/2007.
- 7 A. Mehrabi et al.: *Thymoglobulin and ischemia reperfusion injury in kidney and liver transplantation*, *Nephrology Dialysis Transplantation* (2007) 22 [Suppl 8]: viii54 – viii60
- 8 Siehe dazu auch den Artikel von C. Otto in diesem Heft.
- 9 James F. Trotter et al.: *Outcomes of donor evaluation in adult-to-adult living donor liver transplantation*, *Hepatology* 2007 (1 August 2007; early view online); die Studie hat eine Retro- und Prospektivphase. Die veröffentlichten Ergebnisse sind ausschließlich retrospektiver Natur. Dadurch ergeben sich gewisse Einschränkungen im Datenmaterial, da häufig keine vollständigen Daten über abgelehnte Lebendspenderkandidaten vorhanden sind.

Leberkrebs ist eine der Tumorerkrankungen, die in der westlichen Welt stark zunimmt. Pro Jahr erkranken ca. 6.000 Menschen neu. Besonders gefährdet sind die Patienten mit Leberzirrhose. Die Heilungschancen sind am besten, wenn der Krebs früh erkannt wird. Deshalb sollten vor allen Dingen leberkranke Menschen auf die Frühformen des HCC (hepatocelluläres Carcinom) überwacht werden. Auf chirurgische Maßnahmen – auch die Transplantation – wird in dieser Broschüre hingewiesen, ebenso auf ein Bündel minimal-invasiver und medikamentöser Therapiemöglichkeiten.

Die Broschüre ist kostenlos erhältlich:

Falk Foundation e.V.

Leineweberstr. 5

Postfach 6529

79041 Freiburg

Fax: 07 61/15 14-321

E-Mail: literaturservice@falkfoundation.de



Siehe auch Buchhinweis „Leberkrebs“ auf S. 40

Zentrum Großhadern

DAS MÖGLICHE TUN – für Patienten auf der Warteliste

Viertes Wartepatiententreffen in München-Großhadern

Vor vier Jahren haben die Lebertransplantierten Deutschland e.V. den Ärzten ein solches Treffen vorgeschlagen. Fast ist es nun schon Tradition geworden als wichtiges Forum der Wissensvermittlung, des Austauschs und der Hilfe: Die gemeinsame Informationsveranstaltung für Patienten auf der Warteliste zur Lebertransplantation am Klinikum Großhadern. Zahlreiche Ratsuchende – Patienten auf der Warteliste zur Lebertransplantation, begleitet von Angehörigen und Freunden – sind auch am Nachmittag des 28. Novembers 2007 der entsprechenden Einladung gefolgt.

Unter Leitung von **Prof. Dr. A. L. Gerbes**, Medizinische Klinik II, und **PD Dr. F. Löhe**, Chirurgische Klinik, und mit Unterstützung von Fachkollegen wurden verschiedene Themen behandelt.

Die zwischenmenschliche Komponente – dieses „sich umeinander kümmern“ – ist eine wichtige Triebkraft des gesamten Wirkens der **Lebertransplantierten Deutschland e.V. (LD)**. Das betonte **Henry Kühner**, Ansprechpartner für die Region Südbayern unseres Vereins. Er begrüßte die Anwesenden und skizzierte in seinem Vortrag die Arbeitsweise und das Anliegen der LD: Unterstützung für Betroffene zu geben – das hat sich unser Verein zur Aufgabe gemacht. Mit diesem Anliegen wenden wir uns sowohl an Wartepatienten, bereits Lebertransplantierte und natürlich an die Angehörigen.

In seinem Referat stellte **Dr. Michael Harder**, Oberarzt und Leitender Arzt in der **Klinik Feldafing**, das Konzept der Frührehabilitation in seinem Wirkungsbereich vor. In dem Akutkrankenhaus am Starnberger See (www.klinik-feldafing.de), werden Patienten vor und nach Lebertransplantation in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten des Klinikums Großhadern umfassend medizinisch betreut und versorgt.

Die Frührehabilitation zielt – speziell bei Patienten vor Lebertransplantation – auf

die Stabilisierung aller Körperfunktionen und auf die Vermeidung schwerwiegender Störungen und Aktivitätseinschränkungen. Bei Leberfunktionsstörungen heißt das, zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit geeigneten Therapien beginnen, um weitere Schädigungen abzuwenden und damit bestmögliche Voraussetzungen zu schaffen für eine bevorstehende Lebertransplantation. Das betrifft vorrangig Patienten auf der Warteliste, die in einem absehbaren



Irene und Henry Kühner im Gespräch mit Patienten.

Zeitraum transplantiert werden, für die also ein Rehaverfahren noch nicht in Betracht kommt.

Wenn **PD Dr. Löhe** in seinem anschließenden Vortrag über das bestehende System der Verteilung von Spenderlebern eine durchaus positive Entwicklung seit Einführung des **MELD score** konstatieren kann, appelliert er gleichzeitig an die Verantwortung, die nunmehr den Hausärzten bzw. den Stationsärzten obliegt. Aus der labortechnischen Analyse von drei Blutwerten (Serum-Kreatinin, Gesamt-Bilirubin, INR) errechnet sich eine Punktezahl, der MELD. Untergrenze des MELD ist 6, die Obergrenze liegt bei 40. Ein geringer MELD score bedeutet ein geringeres und ein hoher MELD score ein größeres Risiko, innerhalb der nächsten Monate zu versterben. Vom Transplantationszentrum müssen die Laborwerte in unterschiedlichen Intervallen an Eurotransplant weitergegeben werden. Für die Patienten ist

wichtig: Liegt die Punktezahl bei 25 und darüber, ist eine wöchentliche Aktualisierung bzw. Meldung zwingend erforderlich. Denn: Findet keine rechtzeitige Übermittlung an Eurotransplant statt, wird der Wartepatient auf den letzten, niedrigeren Wert zurückgestuft.

Der Aufklärungsbedarf – das zeigt auch diese Informationsveranstaltung in Großhadern – ist groß. Jede neue medizinische Information wirkt auch immer wieder neue Fragen seitens der Betroffenen auf.

Jeder weiß, wie schwierig es für die Mehrzahl der Ratsuchenden ist, die ureigensten Probleme in einem so großen Kreis anzusprechen. Nur zu gern nahmen deshalb die Anwesenden das Angebot des Austauschs in kleineren Gruppen an: Stühle wurden zusammengestellt, an den Tischen formierten sich **kleinere Gesprächsgruppen** jeweils um einen der Ärzte. Jetzt, in diesem intimeren Rahmen, fällt es deutlich leichter, Fragen zu stellen.

Für die Wartepatienten ist es wichtig, transplantierte Patienten kennen zu lernen. Das macht Mut und schafft Vertrauen.

Gemeinsam mit seiner Frau Irene engagiert sich Henry Kühner seit Jahren für Betroffene. Beide haben es sich zur Aufgabe gemacht, Rat suchenden Patienten vor und nach Lebertransplantation praktische Hilfe anzubieten.

Das Ehepaar Kühner weiß aus eigener Erfahrung, was es heißt, betroffen (im Wortsinne) zu sein. Er, Henry, wollte seiner todkranken Frau helfen, und er hatte das Glück, das tun zu dürfen. Er war bereit zur Leberlebenspende und geeignet. Für sie, Irene, kam die lebensrettende Transplantation gerade noch rechtzeitig. Doppeltes Glück. Jetzt – so sagen die beiden – wollen sie ihr Glück einfach weitergeben.

Renate Pauli

Foto: privat

Die 50. Lebertransplantation im Jahr 2007

„Wir haben in diesem Jahr zum ersten Mal die Zahl 50 bei Lebertransplantationen erreichen können“, freut sich Prof. Dr. Utz Settmacher, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am UKJ. Die 44-jährige Empfängerin der Leber hat den Eingriff gut überstanden.

„Nach wie vor kämpfen wir aber mit dem Problem, dass es viel zu wenig Spenderorgane für die vielen wartenden Patienten gibt“, bedauert der Transplanteur. „Wir Chirurgen haben unser Limit längst nicht erreicht, aber ohne Spenderorgane sind uns die Hände gebunden.“ Allein auf

der Jenaer Warteliste stehen etwa 97 schwer kranke Patienten aus Thüringen und den angrenzenden Bundesländern, die dringend auf eine lebensrettende Lebertransplantation angewiesen sind.

Quelle: Pressemitteilung vom 20.12.07
des Universitätsklinikums Jena

Erster Lebertag am Universitätsklinikum Jena

Enormes Interesse am Angebot unseres Verbandes

Am 27.2.2008 fand der erste Lebertag am UKJ statt. Professor Utz Settmacher hatte alle Wartepatienten und alle transplantierten Patienten zu einem Symposium eingeladen. Im Anschluss fand in der Cafeteria ein Patientenseminar für alle Teilnehmer des Symposiums statt unter der Führung der Lebertransplantierten Deutschland e.V. und der Selbsthilfegruppe für Leberkranke „PFAD-FINDER“ in Jena. Zum Fachsymposium wurde über die Diagnostik und Therapie hepato-logischer Erkrankungsbilder informiert.

Viele Mitarbeiter des Klinikums informierten über Themen wie beispielsweise Diagnosestellung bei Lebererkrankungen, Differenzialdiagnose Fibrose/Zirrhose, neuere Therapieansätze sowie über Lebermalignom und Lebertransplantation. Das Symposium wurde von Patienten, medizinischem Personal und Ärzten gut besucht.

Die Lebertransplantierten Deutschland e.V. und die Gruppe PFADFINDER waren im Foyer mit einem Infostand vertreten. Viele Patienten fragten nach, ob und wie sie die Arbeit der Gruppe unterstützen können und welche Voraussetzungen für aktive Mitarbeit in den Gruppen und Vereinen besteht. Auch waren sie überrascht, dass es Gruppen gibt, die aktive Hilfe anbieten. Aber auch das Interesse an verständlichem Infomaterial war sehr groß. Wir kamen kaum hinterher, Material nachzulegen.

Nach dem Symposium fand in der Cafeteria des Klinikums ein Patientenseminar unter der Moderation von Jutta Riemer statt. Verein und die SHG waren auch hier mit einem Stand vertreten. Auf Vorschlag von Jutta Riemer hat das Fachpersonal sich an die einzelnen Tische gesetzt und Fragen von Patienten und Besuchern direkt beantwortet. Als nach dem Ende des Symposiums Patienten und Be-



Foto: Uwe Henning

sucher in der Cafeteria versammelt waren, hielten Prof. Utz Settmacher und PD Dr. Kornberg je eine kleine Rede. Anschließend stellte Jutta Riemer unsere beiden Gruppen vor, erläuterte die Aufgaben und Ziele, die wir uns gestellt haben und erzählte von unseren bisherigen Erfolgen in Bezug auf die Interessenvertretung von Patienten und Betroffenen.

Nach den Reden wurden die Anwesenden zu einem kleinen Essen eingeladen und anschließend ging das Patientenseminar weiter. Nun schlossen sich auch die Professoren und Ärzte, die beim Fachsymposium gewesen waren, den Gesprächen

an den Tischen an, woraus sich ein lebhafter Austausch entwickelte.

Nach ersten Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen war die Veranstaltung ein voller Erfolg. Vor allem kam die Form der Gesprächsführung und die Möglichkeit, auch einmal den Professoren schwierige Fragen in gemütlicher Atmosphäre zu stellen, sehr gut an. Zusammenfassend kann man diesen Tag als den absolut gelungenen Start für eine regelmäßige Wiederholung dieser Informationsveranstaltung für Patienten betrachten.

Uwe Henning

MHH transplantiert 500. Leber bei Kindern – Säugling wohlauf

Zum 500. Mal haben Ärzte der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) einem Kind eine Leber transplantiert. Dies sei bundesweiter Rekord. Dem acht Monate alten Kristof gehe es sehr gut. Der Junge litt an einer Gallengangsatresie: Seine Gallengänge waren verschlossen, ohne Therapie versagt bei dieser Krankheit die Leber. In einer vierstündigen Operation erhielt das Baby einen Teil des Organs seines Vaters. Seine Prognose sehe sehr gut aus, hieß es. 90 Prozent der Patienten überlebten die ersten fünf Jahre nach einer Lebertransplantation.

Quelle: DPA – Mitteilung vom 4. März 2008

Transplantation einer Leberhälfte – Erste Split-Operation am Uni-Klinikum in Homburg

Mit einer Leberspende konnte gleich zwei Menschen geholfen werden: Ein junger Mann aus Saarbrücken erhielt am Uni-Klinikum in Homburg einen Teil des Organs, ein weiterer Teil ging an ein Kind aus Heidelberg. Möglich gemacht hatte dies die Organspende eines US-Amerikaners, der im Nahen Osten verstorben und dessen Leichnam über das US-Krankenhaus in Landstuhl zurück in die Vereinigten Staaten gebracht worden war. Weltweit werden diese Split-Leber-Transplantationen durchgeführt, im Saarland war es der erste Eingriff dieser Art. Das Verfahren der Teilspende ist deswegen möglich, weil die Leber in verschiedene Segmente unterteilt ist, die Leberhälften werden jeweils durch ein eigenes Blutgefäß versorgt. Zusätzlich hat die Leber die Möglichkeit, sich selber zu regenerieren.

Quelle: Saarbrücker Zeitung, St. Ingbert vom 28. Februar 2008

Zusammengestellt von Renate Pauli

Zentrum Frankfurt

Wartepatientengespräch am 21.2.2008

Der Hörsaal war schon vor Beginn der Veranstaltung bis auf den letzten Platz gefüllt. Patienten vor Lebertransplantation, die auf der Warteliste stehen und ihre Angehörigen – ca. 70 Personen – waren der Einladung gefolgt.

Nach einer Vorstellungsrunde von OA Herrn Dr. Mönch, Prof. Dr. Sarrazin, OÄrztin Frau Dr. Mihm, OA Herrn Dr. Hoffmann, Herrn Wilhelm und Frau Vierneusel fanden sich die Betroffenen und ihre Angehörigen in kleinen Gesprächskreisen mit Ärzten und Ansprechpartnern der Lebertransplantierten Deutschland e.V. zusammen. Fragen der Wartepatienten wurden beantwortet. Es fand ein lebhafter Gedankenaustausch zu den anstehenden Problemen der Patienten und ihrer Familien statt. Die Ärzte und Ansprechpartner wechselten die Gesprächskreise, um Fragen aus dem Bereich Chirurgie, Innere Medizin wie auch aus der Sicht der eigenen Erfahrung – Selbsthilfe – zu beantworten. Nach etwa drei Stunden gingen die Wartepatienten mit neuen Informationen und dem Wissen nach Hause, in ihrer schwierigen Zeit Gesprächspartner für die Beantwortung anstehender Fragen zu finden.

Für den Herbst ist ein weiteres Gespräch geplant.

Jutta Vierneusel

Zentrum Mainz

Wartepatientengespräch am 7.3.2008

Ungefähr 20 Wartepatienten mit Angehörigen waren zu dem Gespräch mit Ärzten der Universitätsklinik und Ansprechpartnern der Selbsthilfe Lebertransplantierten Deutschland e.V. gekommen. OA Dr. Thiess erläuterte den Betroffenen den „Meld score“ – Kriterien zur Punkteverteilung und die Aufnahmekriterien auf die Warteliste. Dann ging Frau Dr. Greif-Higer auf die psychischen Probleme der Betroffenen vor Ltx ein. Jetzt blieb noch Zeit für Prof. Dr. Otto und PD Dr. Schuchmann, Fragen aus dem Kreis der Wartepatienten und ihrer Angehörigen zu beantworten.

Nach etwa zwei Stunden ging die Veranstaltung zu Ende, wieder informativ und hilfreich für die Erkrankten und ihre Familien.

Diese 2- bis 3 Mal jährlich stattfindenden Gespräche sind zu einem wichtigen Angebot von Information und Hilfe für die Wartepatienten in Mainz geworden.

Jutta Vierneusel

Arzt-Patienten-Seminar am 12.4.2008

Am 12.4.2008 folgten etwa 130 vor allem Lebertransplantierte, Wartepatienten und Angehörige der Einladung der Transplantationschirurgie und der 1. Medizinischen Klinik der Johann-Gutenberg-Universitätsklinik Mainz und der Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Prof. Dr. Gerd Otto begrüßte die Anwesenden und gab einen Einblick in neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Lebertransplantation.

Jutta Vierneusel wies in ihrem Vortrag auf die Notwendigkeit der Selbstverantwortung hin. Es gibt Phasen im Verlauf der Erkrankung, in denen der Patient auf die Hilfe von Ärzten, Pflegepersonal und Familie angewiesen ist. Jedoch sollte es im Verlauf der Wiederherstellung der Gesundheit Ziel sein, Aufgaben im Zusammenhang mit der Erkrankung selbst zu übernehmen.

PD Dr. Henning Schulze-Bergkamen ging auf das „Nebenwirkungsmanagement nach Lebertransplantation“ ein. Das Wissen um operative und infektiöse Probleme nach Lebertransplantation ist eine wichtige Voraussetzung für den betroffenen Patienten, seine Selbstverantwortung zu stärken. Ein breites Spektrum an

möglichen Nebenwirkungen der Immunsuppressiva gilt es zu kennen, zu kontrollieren und ggf. gegenzusteuern; z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Hauttumore und Niereninsuffizienz, um einige zu nennen.

Frau Dr. Greif-Higer stellte in ihrem Vortrag „Körperliche und seelische Belastungen nach Ltx – Was tun?“ die Ergebnisse von Untersuchungen (Befragungen) von Patienten in Mainz vor. Grundsätzlich ist die Lebenserwartung nach Ltx sehr gut (> 20 Jahre) und auch die Lebensqualität wird von den meisten Betroffenen positiv eingeschätzt. Doch Komplikationen, Folgeerkrankungen, soziale Probleme und subjektiv empfundene Beschwerden stellen Einschränkungen für die Patienten dar. Bei vielen erfolgreich Transplantierten liegen Übergewicht, schlechte körperliche Leistungsfähigkeit und hypoaktiver Lebensstil vor.

Anmerkung der Redaktion: Hier ist dringend geraten, die Aktivitäten zu erhöhen und das Gewicht zu reduzieren (s. Selbstverantwortung des Patienten).

Den Schwerpunkt des Seminars bildete ohne Zweifel der Vortrag von Frau Scherhag „Erkrankung der Leber und sozialrechtliche Aspekte“. Hier seien die Hauptthemen genannt:

- Antragsverfahren im Sozialrecht
- Zuzahlungen
- Schwerbehinderung
- Berufstätigkeit
- Lohnersatzleistungen und
- Informations- und Beratungsstellen

Frau Scherhag stellte die einzelnen für uns Betroffene wichtigen Aspekte und mögliche rechtliche Ansprüche übersichtlich dar.

Anmerkung der Redaktion: Die Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland e.V. ist bemüht, die einzelnen Themen aus dem Vortrag von Frau Scherhag für unsere Zeitschrift „Lebenslinien“ aufbereiten zu lassen und so für ihren möglichen Gebrauch zu übermitteln. Darüber hinaus nannte Frau Scherhag eine Vielzahl von Beratungsstellen, Telefonnummern und empfehlenswerte Internetseiten, die wir Ihnen auf Wunsch gerne weiterreichen.

Insgesamt waren etwa vier Stunden informative Vorträge für die anwesenden Interessierten Grund zum Dank an die Referenten.

Jedes Seminar trägt zur wichtigen Weiterbildung für uns Patienten bei!

Jutta Vierneusel

LD e.V. – Einsatz unseres Verbandes für die Patienten

MELD – und die Lücken im System

Seit November 2006 gelten neue Richtlinien für die Vergabe postmortal gespendeter Lebern (s. auch „Lebenslinien“ Ausgabe 2/2007, S.14). Nachdem deutlich wurde, dass durch dieses MELD-System nicht alle dringlichen Fälle für die Lebertransplantation ausreichend abgebildet werden (Morbus Osler, PSC), forderten die Lebertransplantierten Deutschland e.V. diesbezüglich zeitnah Abhilfe:

Aus dem Brief an die Bundesärztekammer (BÄK) vom 29.11.2006 „... Bitte diskutieren Sie in der Ständigen Kommission OTX, wie mit seltenen Erkrankungen verfahren wird, die weder über den MELD score noch über die Ausnahmeliste zu einer Listung führen können, wobei aber eine dringende Indikation zur Ltx vorliegt. Bitte schaffen Sie hier im Sinne der Betroffenen zeitnah über die elf beschriebenen Ausnahmein-

dikationen hinaus Möglichkeiten für Einzelfallentscheidungen bzw. Erweiterung dieses Katalogs. ...“

Im Februar 2007 wurde das Thema auf die Tagesordnung der Kommissionsitzung aufgenommen. Zum Dezember 2007 wurde die Möglichkeit eines Auditverfahrens für besonders gelagerte Einzelfälle in die Allokationsrichtlinien aufgenommen.

Die spezielle Problematik der PSC-Patienten wurde in einer Tagung in Berlin von Fachleuten diskutiert. Inzwischen liegt der BÄK eine diesbezügliche Eingabe vor und wir hoffen im Sinne der meisten jungen PSC-Patienten auf Umsetzung.

An diesem Beispiel wird deutlich:

- Jedes Allokationssystem bedarf einer ständigen Anpassung an die sich wandelnden Gegebenheiten und Erfahrungen mit dem System.

- Je mehr Ausnahmen zugelassen werden, umso weniger Patienten werden nach den regulären MELD-Kriterien vermittelt werden können.
- Die Anwendung derartig komplizierter Verteilungskriterien ist nur notwendig, weil der Organmangel in Deutschland nach wie vor der stark limitierende Faktor ist.
- In Deutschland sind wir noch weit davon entfernt, Patienten zum optimalen Zeitpunkt einer Transplantation zuführen zu können.
- Es lohnt sich, Mitglied im bundesweit tätigen Verein Lebertransplantierte Deutschland e.V. zu werden, denn nur ein (auch Mitglieder-)starker Verband kann sich erfolgreich für Betroffene einsetzen. – Vielleicht werden Sie ja das 1.200ste Mitglied?

Jutta Riemer

Deutschland: Organspende und Transplantation im Jahr 2007

Erstmals in Deutschland 16 Millionen Spender pro Million Einwohner

Im vergangenen Jahr hat die Organspende in Deutschland einen neuen Höchststand erreicht. 1.313 (4,3 % mehr als 2006) Menschen haben nach ihrem Tod anderen Menschen mit einer Organspende geholfen. Das sind bezogen auf die Einwohnerzahl erstmals 16 Spender pro eine Million Einwohner. Die Anzahl der durchgeführten Transplantationen (alle Organe) erhöhte sich so auch von 4.031 auf 4.250. Auch bei den Lebertransplantationen (nach postmortalen Spende) gab es einen Anstieg zu verzeichnen: von 843 im Jahr 2005 über 918 (2006) konnten in Deutschland im Jahr 2007 1.041 Lebertransplantationen durchgeführt werden. Der internationalen Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) wurden 4.139 Organe aus Deutschland für Wartelisten-Patienten aus dem ET-Verbund zur Verfügung gestellt (2006: 3.925). Aber immer noch ist Fakt: Es werden mehr postmortal gespendete Organe in Deutschland transplantiert als gespendet. Ziel muss es sein, von Deutschlands Position als Nettoimporteur wegzukommen und weiter den Tod auf der Warteliste zu bekämpfen. Auch wenn in Deutschland in den vergangenen Jahren die Zahl der Organspenden kontinuierlich gestiegen ist, ist eine Reduktion der Wartelisten nicht gelungen und es sterben immer noch drei Patienten täglich auf den deutschen Wartelisten.

Im Folgenden ein Überblick über die Entwicklung der Spendenaktivität 2007 in den DSO-Regionen bzw. Bundesländern im Vergleich zu den Jahren 2006 und 2005 bzw. rückblickend auf das Jahr 2000.

Entwicklung in den Regionen:

Die Organspendezahlen in **Bayern** haben mit einer Steigerung von 31 Prozent im Vergleich zum Vorjahr einen neuen Höchststand erreicht. Der Freistaat liegt mit ca. 18 Spendern pro Million Einwohner über dem bundesdeutschen Durchschnitt.

Organspender pro Mio. Einwohner nach DSO-Regionen (absteigend nach Organspendesituation 2007) und innerhalb der Regionen nach Bundesländern 2000–2005/2006/2007

Gebiet	2007	2006	2005	2000
Nordost	19,7	21,0	23,1	15,3
Mecklenburg-Vorpommern	20,2	30,0	25,7	19,6
Berlin	20,0	19,1	23,9	15,4
Brandenburg	18,9	17,6	20,3	12,3
Ost	19,1	19,2	16,7	14,1
Sachsen-Anhalt	21,4	17,5	14,9	11,0
Thüringen	20,0	22,0	13,6	12,3
Sachsen	17,2	18,8	19,4	17,1
Bayern	17,9	14,7	18,1	14,6
Nord	15,5	16,1	13,8	15,1
Bremen	31,7	27,1	22,6	37,9
Hamburg	21,6	25,8	25,3	20,5
Niedersachsen	14,5	12,9	11,5	12,3
Schleswig-Holstein	10,9	16,6	11,3	14,4
Baden-Württemberg	15,0	15,4	12,9	11,6
Mitte	14,5	13,1	13,2	10,6
Saarland	19,2	20,1	17,1	18,7
Hessen	14,2	11,4	11,7	8,6
Rheinland-Pfalz	13,8	13,8	14,5	11,4
Nordrhein-Westfalen	13,3	12,0	10,9	8,8
Deutschland gesamt	16,0	15,4	14,8	12,5

Quelle: DSO

Die Anzahl der Organspenden in **Baden-Württemberg** ist 2007 gegenüber dem Vorjahr, nach einem Anstieg 2006, stabil geblieben, und liegt mit 15 Spendern pro Mio. EW zusammen mit NRW, Hessen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen immer noch bei den letzten fünf der „Bundesländerliga“. Eine bedeutsame Akzentuierung erhielt das Thema Organspende durch die Landesregierung, die im Gesundheitsforum Baden-Württemberg die wichtigsten Akteure zu einem „Aktionsbündnis Organspende“ zusammengeführt hat. Die Gründung dieses Aktionsbündnisses wurde maßgeblich durch unseren Patientenverband Lebertransplantierte

Deutschland e.V. zusammen mit dem Bundesverband Niere e.V. und Herztransplantation Südwest vorangetrieben.

Auch in der Region Mitte – **Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland** – ist ein Aufwärtstrend der Organspendezahlen zu verzeichnen. Die guten Ergebnisse sind auch hier begründet in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und in vielfältigen Projekten zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung und der Öffentlichkeitsarbeit. Die LD e.V. engagiert sich hier auch in der IOH (Initiative Organspende Hessen), die wieder einige Projekte in 2007 realisiert hat.

Der bundesweite Anstieg von Organspenden zeigt sich ebenso in der Region Nord (**Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen**). Im Vergleich zum Mittel der Jahre 2004 bis 2006 liegt die Zahl der durchgeführten Organspenden um 6,7 Prozent höher, gegenüber dem letzten Jahr gab es ein Minus um 0,6 Prozent. Auffallend ist hier der Rückgang in Schleswig Holstein.

Zum wiederholten Male hat die Region Nord-Ost (**Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern**) ihre Spitzenposition mit der bundesweit höchsten Anzahl von Organspenden verteidigt. Wie bereits in den Vorjahren liegt sie mit 19,7 Spenden pro eine Million Einwohner deutlich über dem Bundesdurchschnitt (16,0).

Bundesweiter Spitzenreiter bei den Spenderzahlen ist Mecklenburg-Vorpommern. Prof. Dr. Kirste spricht in einem Interview gegenüber der Zeitschrift „Der Dialysepatient, 8/07“ von einer „positiven Atmosphäre für Organspende“. Darüber hinaus gebe es in dem östlichen Bundesland zahlreiche große Kliniken und nicht – wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen – eine Vielzahl von Kleinst-Krankenhäusern.

In einer gemeinsamen Aktion des Sozialministeriums und der Landesärztekam-

mer habe man in Mecklenburg-Vorpommern auf die Krankenhäuser eingewirkt. Mit dem Ergebnis, dass sich diese erfolgreich in der Organspende engagieren und beteiligen. Interessant aber sei gerade in Bezug auf das erwähnte Bundesland, dass sich die Zustimmung- bzw. Ablehnungsrate in Mecklenburg-Vorpommern nicht wesentlich von der in anderen Regionen unterscheide. Der Unterschied aber liege darin, dass hier mehr Fälle gemeldet werden, betont Prof. Dr. Kirste.

Zum dritten Mal in Folge kann auch im Jahr 2007 **Nordrhein-Westfalen** auf eine Steigerung der Organspendezahlen verweisen. Mit insgesamt 239 Organspenden und 760 Transplantaten zur Behandlung schwerkranker Patienten wurde die positive Entwicklung der letzten Jahre fortgesetzt. Die im Bundesvergleich aber immer noch recht geringe Spenderate soll nun durch die Verabschiedung eines Ausführungsgesetzes erhöht werden (s. separater Artikel).

Der positive Trend der Organspendesituation in der Region Ost (**Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen**) hat sich im Jahr 2007 fortgesetzt. Mit 19,1 Organ Spendern pro eine Million Einwohner hat die Region den Bundesdurchschnitt von 16,0 deutlich überschritten.

16 Spender pro Million Einwohner – ein Ausruhen auf dieser Steigerung ist sicher nicht angezeigt. Besonders gute Ergebnisse in Spanien, anderen ET-Ländern oder auch in manchen Bundesländern in Deutschland sollten für alle Beteiligten Ansporn sein, in ähnliche Dimensionen vorzudringen und nicht mit geringfügigen Steigerungen oder gar Stagnation bei einer Zahl unter 20 zufrieden zu sein.

Auf der Grundlage dieser in den einzelnen Bundesländern erreichten Ergebnisse gilt es auch in den nächsten Jahren, das partnerschaftliche Zusammenwirken aller an der Organspende Beteiligten weiter zu entwickeln. Gemeinsam dafür Sorge zu tragen, dass die Menschen noch wirkungsvoller über das Thema Organspende informiert werden und noch mehr Krankenhäuser ihre Pflicht zur Beteiligung an der Organspende ernst nehmen und die Ministerien aller Bundesländer besonderes Engagement zeigen.

Die regionalen Jahresberichte können bei den einzelnen Organisationszentralen der DSO angefordert werden bzw. sind als Download unter **www.dso.de** verfügbar.

Renate Pauli/Jutta Riemer

Quellen: ET/DSO

Neu in Bayern:

Fachfilm für Ärzte und Pflegepersonal

Das bayerische Sozialministerium und die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) Region Bayern stellten im Dezember 2007 einen neuen Fachfilm zur Organspende in München vor. Der Film entstand auf Initiative der DSO und wurde in seiner Umsetzung vom Ministerium unterstützt. Er ist speziell für die klinikinterne Fort- und Weiterbildung konzipiert und wird noch in diesem Jahr an alle Krankenhäuser mit Intensivstation in ganz Bayern verteilt.

Schon 1999 hat Bayern als eines der ersten Bundesländer in einem Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz die Transplantationsbeauftragten gesetzlich eingeführt. „Die Transplantationsbeauftragten in den bayerischen Kliniken nehmen eine Schlüsselrolle bei der Organspende ein. Mit dem neuen Lehr- und Fachfilm unterstützen wir deren Arbeit



und möchten so die Organspendesituation weiter verbessern“, betonte Christa Stewens, Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, bei der Vorstellung des Lehrfilms.

„Aufklärung und Schulung der Krankenhausmitarbeiter tragen wesentlich zu

einem reibungslosen Ablauf einer Organspende bei. Mit dem neuen Fachfilm geben wir den Transplantationsbeauftragten ein Instrument an die Hand, das notwendiges Fachwissen standardisiert an die Ärzte und Pflegenden vermittelt“, erklärt Dr. Detlef Bösebeck, Geschäftsführender Arzt der DSO-Region Bayern, die Intention des Filmprojekts.

Der rund 40-minütige Lehrfilm vermittelt relevante medizinische, rechtliche und organisatorische Aspekte einer Organspende. Experten aus den jeweiligen Fachgebieten kommen zu Wort und erklären praxisnah wichtige Zusammenhänge sowie einzelne Schritte im Organspendeprozess. Parallel begleitet der Film zwei Patientenschicksale, die die Dringlichkeit der Organspende noch einmal verdeutlichen.

Quelle: DSO

Jürgen Vogel unterstützt Schulprojekt zur Organspende in Bayern

In diesem Jahr startet bereits zum siebten Mal die Informationsreihe „Schulen in die Transplantationszentren“, ein Gemeinschaftsprojekt des Bayerischen Sozialministeriums, der Landeszentrale für politische Bildungsarbeit, des Klinikums der Universität München (LMU), Campus Großhadern, und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Region Bayern. Zum Auftakt wird der Verein „Junge Helden“ zusammen mit dem Schauspieler Jürgen Vogel mit rund 100 Schülerinnen und Schülern über die Organspende diskutieren.

Die Aktion „Schulen in die Transplantationszentren“ wendet sich an Schüler der Oberstufenklassen bayerischer Gymnasien. Die Schüler erhalten einen umfassenden Einblick in die rechtlichen, medizinischen und ethischen Gesichtspunkte der Organspende und Transplantation und diskutie-



ren mit einem Transplantierten über seine Erfahrungen.

In einer Auftaktveranstaltung mit dem Schauspieler Jürgen Vogel, dem Verein „Junge Helden“ und weiteren Beteiligten diskutieren rund 100 Schüler über das Thema. „Man kann sich nicht früh genug mit dem Thema auseinandersetzen!“, begründete Vogel sein Engagement.

In diesem Jahr sind noch acht weitere Veranstaltungen für Oberstufenschüler geplant. Ein wichtiges Ziel der monatlichen Informationsveranstaltung sei es, nicht nur die Schüler, sondern auch deren Eltern und Familien auf das Thema Organspende aufmerksam zu machen, erklärte Dr. Detlef Bösebeck, Geschäftsführender Arzt der DSO-Region Bayern.

Quelle: DSO

Foto: Christian von Alvensleben

Nehmen Sie sich ein Herz – sagen Sie „JA“ zur Organspende!

Infoaktion der Arbeitsgemeinschaft Organspende im Landkreis Ludwigsburg

Christian Barnards erste Herztransplantation vor 40 Jahren im Groote-Schuur-Krankenhaus in

Kapstadt gab der Arbeitsgemeinschaft Organspende im Landkreis Ludwigsburg den Anstoß, wieder einmal etwas für die Organspendeaufklärung zu tun. Bei einer Vorbesprechung mit Dr. Uschi Traub vom Kreisgesundheitsamt, Annemarie Paiani von der Kliniken GmbH, Wolfgang Schramm von Herztransplantation e.V. und Josef Theiss (LD e.V.) wurden Ideen gesammelt. Wegen des Slogans „Nehmen Sie sich ein Herz ...“ lag es nahe, das Thema Herz aufzugreifen. Nach einigen Tele-

fonaten war klar: Ort des Geschehens wird die Passage des Marstall-Einkaufszentrums in der Ludwigsburger Innenstadt sein.

Pressearbeit ist wichtig. Die Pressemitteilung wurde an viele Redaktionen ge-

schickt, aber nur eine davon druckte eine Kurznotiz. Eine weitere Tageszeitung im Kreis hat aber das Thema für ein Inter-



view mit zwei Betroffenen aus der Stadt aufgegriffen. Über die Krankheits- und Transplantationsgeschichte von zwei seit Jahren transplantierten Gruppenmitgliedern berichtete die Kornwestheimer Zei-

tung in einem halbseitigen Bericht.

Am 30. November wurde der Infostand nahe bei einer Rolltreppe platziert, so dass das Publikum direkt auf den Slogan „Nehmen Sie sich ein Herz – sagen Sie Ja zur Organspende“ zuief. Schon beim Aufbau des Standes ging es gleich los, blinkende Herzen am Revers der Standbetreuer erregten die erwünschte Aufmerksamkeit und eine Gruppe Jugendlicher kam neugierig an den Stand. Sie durften ihr Wissen über Organspende an einer Art Adventskalender (s. Foto) testen. Auf diese Weise kam man auch mit vielen anderen Kunden und Bummelern im Einkaufszentrum ins Gespräch. An die hundert Organspendeausweise wurden gleich ausgefüllt und laminiert mitgegeben!

Josef Theiss

Foto: Josef Theiss

Hessische Sozialministerin spricht mit Schülern über Organspende

Ende letzten Jahres konnten hessische Schüler in Richen mit der Sozialministerin Silke Lautenschläger über das Thema Organspende sprechen. Während der Aktionswoche besuchten auch weitere Mitglieder der Landesregierung verschiedene Schulen, darunter auch Kultusministerin Karin Wolff.

Aber nicht nur in Richen, sondern für ganz Hessen organisierte die Landesregierung unter Mitwirkung der Initiative Organspende Hessen (IOH) eine Aktionswoche unter dem Motto „Leben retten – auch du kannst helfen“. Ziel der Kampagne war es, Schüler über das Thema ausführlich zu informieren und Hilfestel-

lung für eine persönliche Entscheidung zu dem Thema zu geben.

Quelle; Darmstädter Echo v. 6.11.2007

Ausführungsgesetz zum TPG jetzt auch in Nordrhein-Westfalen

Transplantationsbeauftragte verpflichtend mit klar festgelegten Aufgaben

Feste Verantwortlichkeiten und Verfahrensabläufe sollen künftig landesweit auch in NRW eine verbindliche und gleichmäßige Durchführung des Organspendeprozesses gewährleisten. Im Dezember 2007 verabschiedete der Landtag NRW eine Gesetzesänderung mit der verpflichtenden Festschreibung eines weisungsunabhängigen Transplantationsbeauftragten mit klar definierten Handlungskompetenzen für jede Klinik mit Intensivstation (§ 9 KHGG NRW und § 3 Ag-TPG).

Die wichtigste im Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz (Ag-TPG) genannte Aufgabe der Krankenhäuser ist es nun, verpflichtend eine/n Arzt/Ärztin mit Leitungsfunktion zum Transplantationsbeauftragten mit weisungsunabhängiger Position zu bestellen, ihm freien

Zugang und die nötige freie Zeit und Mittel für seine Aufgabenerfüllung zur Verfügung zu stellen und ihn bei seiner Arbeit zu unterstützen. Die bisherige Landesregelung in NRW beruhte noch auf freiwilliger Basis.

Das Aufgabenspektrum des bestellten Transplantationsbeauftragten ist ergänzend zum TPG im Ag-TPG wie folgt beschrieben:

1. Zusammenarbeit mit der DSO (Koordinierungsstelle) bei der Organspende entsprechend den Regelungen in § 11 TPG,

4. die Erhebung, Vorlage und Auswertung von Daten mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) über alle Todesfälle mit Hirntod zum Zwecke der Qualitätssicherung durchführen,

5. allen an der Pflege Beteiligten Supervision und Fortbildungen ermöglichen; besonders in medizinischer und ethischer Hinsicht.

„Mit dieser klaren Regelung dürften sowohl die Anliegen der Spender samt ihrer Angehörigen und der Institution Krankenhaus mit den Pflegenden und Ärzten angemessene Berücksichtigung gefunden haben“, so eine Aussage in der Abstimmungsdebatte. Auch wir als Patientenverband begrüßen diese Gesetzesänderung sehr.

Unser im Kontakt mit dem zuständigen Landesminister NRW im Juni 2006 geäußelter Wunsch, die in § 2 TPG genannten Zuständigkeiten zur Aufklärung der

Bevölkerung ebenfalls im Gesetz zu konkretisieren, wurde leider nicht erreicht.

Cilly Strot-Bücker

Gesetzesänderung und Debatte unter www.landtag.nrw.de bzw. www.mags.nrw.de

Landesregierung NRW unterstützt aktiv Organspendeanliegen

Lt. Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW vom 10.1.2008 wurden über 1 Million Ausweise an Landesbedienstete, an die Kreise und Städte in NRW und an die rund 4.400 Apotheken verteilt. Schulen der Sekundarstufe II steht seit Anfang 2008 die DVD „Hoffen auf Herz und Nieren“ zur Verfügung.

In allen Landesteilen wurden 2006 und 2007 regionale Veranstaltungen mit Krankenhäusern durchgeführt, um sie stärker für das Thema Organspende zu motivieren.

Die seit drei Jahren steigenden Organspendezahlen in NRW (bisher Schlusslicht im Ländervergleich) sind sehr erfreulich, sollen aber kein Grund sein, sich zufrieden zurückzulehnen. Es soll vielmehr Ansporn sein, die positive Entwicklung voranzutreiben. „Das Thema geht uns alle an“, sagt Minister Laumann und weist auf die Bedeutung des Ausweises und auf das wichtige Gespräch mit den Angehörigen hin.

Quelle: www.mags.nrw.de/06_Service/001_Presse/001_Pressemitteilungen/pm2008/08

2. das Vorliegen verbindlicher und schriftlicher Handlungsweisen zum Ablauf einer Organspende,

3. die Angehörigen von Organspendern in angemessener Weise zu begleiten und ergebnisoffen beraten,

„Organspende – dafür bin ich doch zu alt!“ – oder doch nicht?

Informationen rund um den Organspendeausweis

Viele Betroffene engagieren sich in der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Organspende. Die vorgebrachten Fragen und Bedenken wiederholen sich unabhängig von der geographischen Region oder dem Alter. Ein häufiger Irrtum ist der, dass wohl die Altersgrenze für Organspende so um die sechzig Jahre läge. In einem Interview, das Dr. Claus Wesslau, Geschäftsführender Arzt der DSO Region Nord-Ost, der Schweriner Volkszeitung im Januar 2008 gegeben hat, berichtete der Mediziner über den ältesten Organspender in der Region – er war 92 Jahre alt und seine Leber konnte noch erfolgreich transplantiert werden.

Im Folgenden werden auf einige dieser immer wieder auftauchenden Fragen die Antworten gegeben.

Schließen regelmäßige Tabletteneinnahme oder frühere Erkrankungen eine Organspende aus?

In den meisten Fällen nicht. Es gibt nur sehr wenige Ausschlusskriterien (Kontraindikationen) zur Organspende: Aktuell bestehende Krebserkrankung, akute Blutvergiftung, HIV-Infektion u.a. wenige Erkrankungen. Jeder, der hier Bedenken hat, kann seinen Organspendeausweis ausfüllen und unter der Rubrik: „Besondere Bemerkungen“ seine Erkrankung aufführen (z.B. Diabetes mellitus seit ... oder Brustkrebs vor 7 Jahren ...) Übrigens: Viele Personen, die nicht Blut spenden dürfen, können nach dem Tode Organe spenden.

Gibt es eine Altersgrenze für die Organspende?

Diese Frage kann klar verneint werden. Es kommt immer auf den tatsächlichen Zustand der Organe an, nicht auf das Lebensalter des Spenders. Vor einer Organspende werden die Organe sehr genau untersucht.

Wird für mich im Krankenhaus z.B. nach einem Unfall wirklich noch das Bestmögliche getan, wenn ich einen Organspendeausweis habe?

Der noch lebende Patient z.B. nach einem Unfall/einer Hirnblutung, einem Schlaganfall wird immer als Patient im Krankenhaus aufgenommen mit dem Ziel, ihn möglichst gesund wieder entlassen zu können. Organspende ist nie das primäre Interesse der Krankenhäuser. Erst wenn es keine weiteren Behandlungschancen für den Patienten gibt und Verdacht auf den eingetretenen Hirntod besteht, wird die Hirntoddiagnostik durchgeführt. Im Falle der Bestätigung gibt es je nach Entscheidung der Angehörigen bzw. im Vorfeld des Verstorbenen nur zwei Möglichkeiten:

- Keine Organspende: Abschalten der Herz-Lungen-Maschine. Die Organe stellen in sehr kurzer Zeit ihre Funktion ein (Organe werden dann nicht mehr mit Blut versorgt und sind somit nicht mehr transplantabel).

oder

- Organspende – dann wird die Versorgung der Organe durch die Maschinen bis zur Organentnahme weitergeführt.

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



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



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.

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

Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung BZgA

DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung DSO

Beides ändert nichts am bereits eingetretenen Hirntod, der im Falle der Organspende lt. Gesetz von zwei verschiedenen Ärzten, die nichts mit der Transplantation zu tun haben dürfen, unabhängig voneinander, nach einem festgelegten Protokoll festgestellt werden muss.

Wen muss ich wegen einer Organspende benachrichtigen, wenn der Tod eines Angehörigen zu Hause eintritt?

Organe wie Herz, Leber, Niere, Lunge, können nur Menschen spenden, die auf einer Intensivstation am Hirntod verstorben sind. Tritt der Tod z.B. zu Hause oder an einem Unfallort ein, können keine Organe gespendet, aber u.U. noch Gewebe, wie z.B. die Augenhornhaut, entnommen werden.

Wo kann ich mich als Organspender registrieren lassen?

Es gibt in Deutschland kein Organspenderegister. Vor dem Ausfüllen des Ausweises ist keine ärztliche Untersuchung notwendig. Der Organspendeausweis wird ausgefüllt und bei den Personalpapieren getragen. Wichtig ist das Gespräch über die persönliche Entscheidung mit den Angehörigen, damit diese über den letzten Willen Bescheid wissen.

Wenn ich einen Organspendeausweis habe, muss ich das doch nicht mehr mit der Familie besprechen oder?

Rechtlich gesehen ist das nicht notwendig. Wenn man aber bedenkt, dass im Falle eines eingetretenen Hirntodes in Deutschland das Angehörigengespräch im Vordergrund steht und primär nicht unbedingt nach einem Organspendeausweis gesucht wird, ist dieser Hinweis für die Angehörigen sehr wichtig. Diese sollen ja laut Gesetz auch nicht nach ihrem Willen entscheiden, sondern nach dem vermuteten Willen des Verstorbenen. So ist ein vorliegender Organspendeausweis ein wichtiges Entscheidungskriterium für die Angehörigen. Ein Organspendeausweis zu Hause in der Schublade, von dem niemand weiß, ist sinnlos.

Wie lange bin ich an meine Entscheidung für oder gegen Organspende gebunden?

Die Entscheidung kann jederzeit revidiert werden. Der Ausweis kann vernichtet und mit anderem Inhalt neu ausgestellt werden. Es ist in Planung, dass man diese Entscheidung auch auf der Versicherungskarte speichern lassen kann.

Ab welchem Alter kann ich mich für oder gegen Organspende per Ausweis entscheiden?

Ab 16 Jahren ist der Organspendeausweis in jedem Fall rechtswirksam gültig, ab 14 Jahren ist eine Entscheidung gegen Organspende möglich.

Wo bekomme ich einen Organspendeausweis?

In manchen Apotheken, Arztpraxen und z.B. Rathäusern. Es sind aber immer noch viel zu wenige Stellen, an denen diese Organspendeausweise gut sichtbar ausliegen.

per Post: **BZgA, 51101 Köln**

per E-Mail: **order@bzga.de**

telefonisch: **0800/90 40 400** (gemeinsame kostenlose Hotline der BZgA und DSO)

als Download: Auf unserer eigenen Homepage

www.lebertransplantation.de

Jutta Riemer

Organspende auf amerikanische Art



Werbung via Autokennzeichen

Die Werbung für Organspende ist in den USA intensiver und nimmt auch für uns ungewohnte Formen an, nämlich auf Autokennzeichen wie etwa DON8LIF = Donate Life = Schenken Sie Leben! Oder auch: Be an Organ Donor = Seien Sie ein Organspender!

Fotos: Ulrich R. W. Thumm

Kein Staubsauger, aber eine Niere

Eine Organspende kann selbst in Amerika, wo Lebendspende auch unter wenig Bekannten erlaubt ist, sehr ungewöhnlich verlaufen. Die Washington Post (10. Oktober 2007) berichtete vom Fall eines Staubsaugerverkäufers in Twin Falls, Idaho, der vergebens versuchte, sein Produkt an der Haustür an den Mann zu bringen. Beim „Verkaufsgespräch“ wies ihn der nicht geneigte Käufer darauf hin, dass er keinen Staubsauger, dafür aber eine Niere brauche. Nach Gebet und Rücksprachen mit seiner Frau und seinem Vater entschloss sich der Verkäufer, seinem Gegenüber eine seiner Nieren zu geben. Spender und Empfänger waren beide 35 Jahre alt und waren medizinisch kompatibel. Der Empfänger empfindet den Vorgang als ein Wunder.

Hohe Organspende-Intensität

Dank der allgemein großen Hilfsbereitschaft der amerikanischen Bevölkerung und der – für deutsche Verhältnisse ungewöhnlichen Werbemethoden (einschließlich dem Organspendervermerk auf jedem Führerschein) – liegt die Organspende-Intensität (Zahl der Organspender pro 1 Million Einwohner – PME) über 50 Prozent höher als in Deutschland (bei ca. 25 PME gegenüber ca. 16).

Foto: Scott Weersing



Rosen-Parade in Pasadena, USA: Jede einzelne Rose, die Teil des farbenprächtigen Parade-Wagens zur Ehrung von Organspendern ist, symbolisiert den Dank und die Anerkennung gegenüber den Menschen, die nach ihrem Tod Organe oder Gewebe gespendet haben.

Rose Parade® in Kalifornien – Erstmals mit deutscher Beteiligung

Alljährlich am Neujahrstag wird Kaliforniens größter Festumzug, die Rose Parade®, begangen. Farbenprächige Skulpturen, die einzig aus Rosen bestehen, fahren durch die Straßen von Pasadena. Bei der farbenprächtigen Blumenparade fährt seit fünf Jahren auch ein Wagen der kalifornische Organspendeorganisation „OneLegacy“ und widmet sich der Ehrung der Organspender. In diesem Jahr zierten vier farbenprächige Heißluft-Ballons, die Porträts von Organspendern zeigten und deren Körbe liebevoll mit Rosen gefüllt waren, den Wagen der Organspendebefürworter. Die Initiative zeigt beispielhaft, wie selbstverständlich das Thema Organspende von den US-Amerikanern in der Öffentlichkeit gewürdigt und mit positiven Symbolen des Lebens verbunden wird.

Erstmals unterstützten in diesem Jahr auch asiatische und europäische Länder, wie Italien und Deutschland, den Parade-Wagen. Mit sieben Rosen, symbolisch für die deutschen Organspenderegionen, beteiligte sich die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) erstmalig an dieser Parade.

Jutta Riemer

Quelle: DSO

Ulrich R.W. Thumm

Können Worte töten? –

oder: Glauben wir alles, nur weil's im Fernsehen kommt –
weil's in der Zeitung steht?

Schon der Liedermacher Reinhard Mey hat vor vielen Jahren in einem Liedtext das Thema Eigenverantwortung der Presse ins Visier genommen. Der Titel „Was in der Zeitung steht“ beschreibt, wie ein unbescholtener Bürger durch eine Falschmeldung in Verruf kommt und so seine Psyche und Existenz auf der Strecke bleiben.

Es heißt hier: „... Was woll'n Sie eigentlich?“ fragte der Redakteur, Verantwortung, Mann, wenn ich das schon hör'! Die Leute müssen halt nicht alles glauben, nur weil's in der Zeitung steht! ...“

Ist das der Stil, der in der schnelllebigen, auf Einschaltquoten und Auflagenhöhe ausgerichteten Medienlandschaft künftig zunehmend vorherrschen wird? Bestimmte Fernsehprogramme und Printmedien stehen bereits verstärkt in diesem Ruf.

- Wenn aber jetzt auch schon sogenannte seriöse Redaktionen das Sommerloch mit letztendlich haltlosen Anschuldigungen gegen ein Transplantationszentrum (Kiel) füllen: Hier würden gegen viel Geld, gegen das Gesetz ausländische Wartepatienten bevorzugt, ...
- wenn Politiker medienwirksam – unter Verwendung, wie sich später herausstellt, schlampig erhobener bzw. interpretierter Daten – erklären, dass Privatversicherte schneller Organe bekämen, als gesetzlich Versicherte. ... (Unglaublich: Hatten wir uns damals verlesen oder war hier wirklich gefordert worden, man solle im Organspendeausweis vermerken, dass die Organe an gesetzlich Versicherte gehen sollen?),
- wenn in einer Nacht-Talk-Runde zu Kopf-Bauch-Entscheidungen einer Dame ein Podium geschaffen wird, um ungehindert einseitig, subjektive Emp-

findungen als Argumente gegen Organspende zu verbreiten ...,

... dann zeigen die Reaktionen in der Bevölkerung sehr schnell, dass man fast alles glaubt, was im „seriösen“ Magazin erzählt wird. Die Reaktionen der Menschen sind deutlich. Am Samstag, dem 23. Februar 2008, nach der Talk-Runde zu den Kopf-Bauch-Entscheidungen informierten wir, schon seit langem geplant, von Seiten der LD e.V. beim Diabetikertag in Öhringen an einem Stand zum Thema Organspende: „... Haben Sie gehört, was gestern im Fernsehen kam?“, „Lassen Sie mich bloß zufrieden mit Organspende!“ ... Es war ein mühsamer Tag. Wir mussten versuchen, die im Raum verbliebenen Unwahrheiten auszuräumen, was uns nicht immer gelang. Einige Menschen haben mir in Öhringen gesagt, sie hätten nach der Sendung ihren Organspendeausweis vernichtet.

Solche, wie die drei hier geschilderten Beispiele, sind geeignet, genau dies in ganz Deutschland zu provozieren. Denn haben nicht viele von uns ein bisschen Angst, an den Tod zu denken und vielleicht warten ja manche nur auf einen Grund, sich mit dem Thema gar nicht erst befassen zu müssen oder gar den Organspendeausweis vernichten zu können und so dem Gedanken an den eigenen Tod oder schwere Krankheit zu entinnen?

Kann man hier nicht durch Vernichtung von Organspendeausweisen und Verbreitung von Unwahrheiten über Organspende letztendlich von einer tödlichen Wirkung dieser Berichte sprechen – wenn gerade der Organspendeausweis zerrissen wird, der vielleicht einmal zu einer rettenden Organspende geführt hätte? Und wie mögen sich angesichts solcher Berichterstattungen Menschen fühlen, die

dringend auf eine Organtransplantation warten oder Angehörige, die einer Organentnahme bei einem Familienmitglied zugestimmt haben?

Haben die Redaktionen gegenüber diesen Menschen nicht auch Verantwortung zu tragen und sollten sie nicht doppelt sorgfältig recherchieren, bevor unreflektierter, medialer Sondermüll produziert wird, dessen Halbwertszeit bezüglich des Gerüchteabbaus sehr lang sein kann?

Und übrigens:

- Per gerichtlicher Verfügung wurde im Oktober 2007 bereits untersagt, die Anschuldigungen gegenüber dem Transplantationszentrum in Kiel, die in der Sendung Monitor erhoben wurden, zu wiederholen.¹
- Inzwischen wurde deutlich aufgezeigt, worin die (Interpretations-)Fehler in der Bewertung der besagten Kölner Studie lagen, die zu den aufgeregten Äußerungen des SPD-Abgeordneten und Facharztes Dr. W. Wodarg geführt hatten. Hatte man z.B. Rentner, Patienten mit Zusatzversicherungen u.a. den „Privatpatienten“ zugeordnet. Insgesamt ergab sich dann wieder, dass das Verhältnis dieser erweiterten „Privatpatientenmenge“ zu den gesetzlich Versicherten dem bei den Transplantationspatienten entsprach.²

Aber wer liest schon, was irgendwann später ganz klein gedruckt in der Zeitung steht?

Jutta Riemer

Quelle:

1 Urteil des Landgerichts Hamburg vom 10.10.2007

2 Pressemitteilung der DSO vom 17.12.2007

Tx-Zentren und Reha-Kliniken

Erste Ergebnisse einer Umfrage

Beschreibung der Untersuchung

Wer lebertransplantiert ist, wird nach der Entlassung aus dem Krankenhaus im Regelfall zur Anschlussheilbehandlung (AHB) in einer Reha-Klinik aufgenommen. Ebenso werden Patienten bei schweren Lebererkrankungen zur Rehabilitation vermittelt. Manche Patienten gehen auch noch zur Nachsorgerehabilitation nach einer Lebertransplantation. Wir wollten erfahren, welches Tx-Zentrum welche Reha-Klinik belegt und warum dies der Fall ist. In der zweiten Stufe unserer Befragung wurden die Reha-Kliniken nach verschiedenen Aspekten ihres inhaltlichen Angebots befragt.

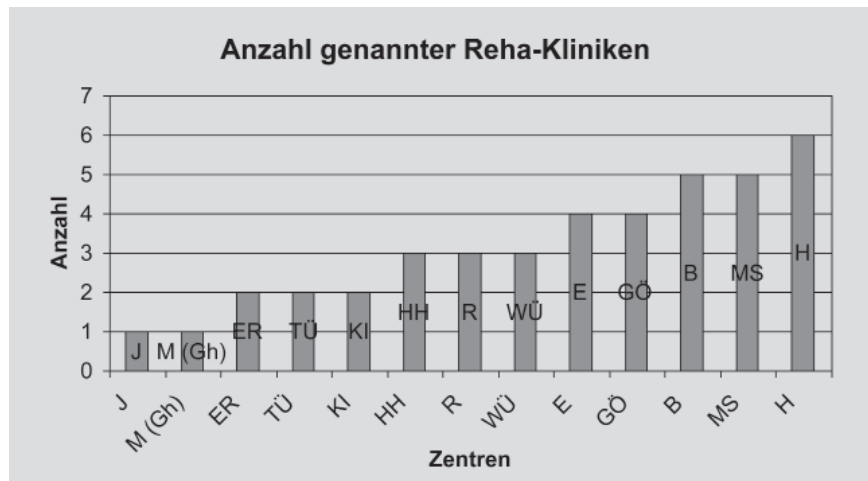
In der ersten Stufe wurden die Sozialdienste von 23 Transplantationszentren angeschrieben mit der Frage, in welche Reha-Kliniken sie in den letzten 5 Jahren Patienten vermittelt haben zur AHB nach Ltx, zu Nachsorgerehabilitation nach Ltx und zur Rehabilitation bei schwerer Lebererkrankung. Außerdem wurde gefragt, nach welchen Kriterien die Reha-Kliniken für die AHB ausgesucht werden.

Auf unsere Anfrage haben die Sozialdienste von 11 Zentren geantwortet, in einem Zentrum (Hamburg) wurde auf der Tx-Station mitgeteilt, dass die Vermittlung in Reha-Kliniken dort erfolge und in einem Zentrum (Essen) erhielten wir Angaben von unserer Ansprechpartnerin, nachdem der dortige Sozialdienst nicht erreichbar war. In den beiden letztgenannten Zentren gab es nur Angaben über die von dort belegten Reha-Kliniken.

Wie viele Reha-Kliniken werden von jedem Zentrum belegt?

Die Anzahl der von den Zentren für die AHB belegten Reha-Kliniken war zwischen einer Klinik und sechs Kliniken (s. Diagramm). Im Durchschnitt belegten die Zentren etwa drei Reha-Kliniken.

Zur Nachsorgerehabilitation vermitteln nur vier Tx-Zentren Patienten. Die anderen Zentren beantworteten diese Frage nicht oder wiesen beispielsweise darauf hin, dass sie Patienten nur stationär betreuen, Nachsorge in ihrer T-Ambulanz stattfindet oder dass die Nachsorgerehabilitation



von Krankenkassen vermittelt wird.

Zur Rehabilitation von schwer lebererkrankten Patienten vermitteln acht Zentren an Reha-Kliniken; Begründung für die Nicht-Vermittlung wurde keine gegeben. Hier wiesen fünf Zentren (Jena, Hannover, Berlin, München-Großhadern, Kiel) darauf hin, dass auch Kliniken belegt werden, in die nicht zur AHB vermittelt wird. Diese Kliniken wurden nicht in jedem Fall benannt, die Zentren wiesen teilweise darauf hin, dass die Wahl der Reha-Klinik von der Indikation abhängig ist.

In welche Kliniken wird vermittelt?

Als Reha-Kliniken wurden benannt (alphabetische Reihenfolge):

Caspar-Heinrich-Klinik	Bad Driburg
Fachklinik Sonnenhof	Waldachtal-Lützenhardt
Falkenstein-Klinik	Bad Schandau
Frankenland-Klinik	Bad Windsheim
Hartwaldklinik	Bad Brückenau
Klinik Föhrenkamp	Möln
Klinik Hohenlohe	Bad Mergentheim
Klinik Leezen	Leezen
Klinik Rosenberg	Bad Driburg
Median Klinik I	Bad Berka
Medical Park Prien Kronprinz	Prien
Müritzklinik	Klinik
Rehabilitationsklinik	
Hochstufen der DRV	Bayerisch Gmain
Rehaklinik Taubertal	Bad Mergentheim
Reha-Zentrum	Wahlsburg
Taubertal Klinik	Bad Mergentheim
Vinzenz-Klinik	Bad Dürrenbach
Vitalisklinik	Bad Hersfeld

Die Vinzenz-Klinik wurde in die Liste aufgenommen, obwohl sie bisher keine Patienten vermittelt bekommen hat. Sie wurde allerdings vom Zentrum Tübingen als Klinik genannt, in die künftig Patienten überwiesen werden sollen.

Wie groß ist der Einzugsbereich der Reha-Kliniken?

Wie häufig wird vermittelt?

Wir haben außerdem ausgewertet, welche Reha-Kliniken von welchen Zentren genannt werden; dabei wurde zwischen eher „nördlich“ und eher „südlich“ gelegenen Zentren unterschieden. „Grenze“ war eine gedachte Linie in der Mitte zwischen dem südlichsten Tx-Zentrum München und dem nördlichsten Tx-Zentrum Kiel. Diese Linie verläuft von Görlitz westlich bis etwa Düsseldorf. Eine weitere geographische Einteilung erschien nicht sinnvoll. Beantwortet werden sollte damit die Frage, ob Reha-Kliniken nur regional oder auch überregional belegt werden. Diese Frage konnte mit der Unterscheidung „Nord-Süd“ einfach beantwortet werden. Im Norden der oben beschriebenen Linie waren die Tx-Zentren: Essen, Hannover, Berlin, Kiel, Münster, Hamburg und Göttingen (sieben Zentren); im Süden die Tx-Zentren: Erlangen, Tübingen, Jena, München-Großhadern, Regensburg und Würzburg (sechs Zentren).

Sechs Reha-Kliniken werden für die AHB nach Lebertransplantation sowohl von „nördlichen“ als auch „südlichen Tx-

Klinikname	AHB nach TX		Nachsorge-rehab.		Schwere Lebererkrankung:	
	Süd	Nord	Süd	Nord	Süd	Nord
Caspar-Heinrich-Klinik	1	3		1		2
Fachklinik Sonnenhof	2	1	1		2	
Falkenstein-Klinik						1
Frankenland-Klinik	1					
Hartwaldklinik der DRV	2	1	1		1	
Klinik Föhrenkamp		7				3
Klinik Hohenlohe	1					
Klinik Leezen		1				
Klinik ob der Tauber 0						
Klinik Rosenberg		2		1		2
Median Klinik I	1				1	
Medical Park Prien Kronprinz	1					
Müritzklinik		6		1		1
Rehabilitationsklinik Hochstaufen	3	1	1			
Rehaklinik Taubertal	4	1	1	1	1	2
Reha-Zentrum		1				
Vinzenz-Klinik	1					
Vitalisklinik	1	3				2

Zentren belegt: Caspar-Heinrich-Klinik in Bad Driburg, Fachklinik Sonnenhof in Waldachtal, Hartwaldklinik in Bad Brückenaue, Reha-Klinik Hochstaufen in Bayerisch Gmain, Rehaklinik Taubertal in Bad Mergentheim und Vitalisklinik in Bad Hersfeld. Die „weiträumige“ Bekanntheit dieser Reha-Kliniken kann darauf hinweisen, dass sie von den Kostenträgern bundesweit vorgegeben werden, sie kann aber auch auf besonders gute Ergebnisse in der Betreuung der Patienten oder in Einzelfällen auf die Nähe zu einem Zentrum zurückzuführen sein. Im Einzelnen lässt unsere Fragestellung dies nicht erkennen.

Bei der Nachsorgerehabilitation, die die meisten T-Zentren den niedergelassenen Ärzten überlassen, wird nur die Reha-Klinik Taubertal in Bad Mergentheim von je einem Tx-Zentrum im Norden und Süden genannt. Dies ist auch die einzige Klinik, in die schwer leberkranke Patienten aus Nord und Süd vermittelt werden.

Zur absoluten Häufigkeit der Vermittlungen: Hier steht bei AHB die Klinik Föhrenkamp in Mölln mit sieben Nennungen an der Spitze, gefolgt von der Reha-Klinik Taubertal in Bad Mergentheim mit fünf Nennungen und den Reha-Kliniken Caspar-Heinrich-Klinik, Bad Driburg, Reha-

Klinik Hochstaufen und Vitalisklinik mit je vier Nennungen.

Aus der Häufigkeit der Nennungen kann nur indirekt auf die Qualität der Behandlung geschlossen werden: Die häufig genannten Reha-Kliniken könnten als etabliert gelten, sie könnten aber auch, wie oben angedeutet, von den Kostenträgern vorgeschrieben worden sein.

Kriterien für die Vermittlung in die Reha-Kliniken zur AHB

Dieser Bereich wurde mit der offenen Frage erkundet, nach welchen Kriterien eine Reha-Einrichtung für eine AHB direkt nach der Lebertransplantation ausgewählt wird. Die Antworten waren nicht nach Bedeutung des Kriteriums für die Entscheidung zur Vermittlung gruppiert. Allerdings könnte unterstellt werden, dass die erste Nennung das nächstliegende und daher vorrangige Kriterium für eine Vermittlung ist.

Insgesamt wurden 14 Kriterien genannt. Allerdings überschneiden sich diese Kriterien teilweise, so dass sie durch Oberbegriffe teilweise in Gruppen zusammengefasst wurden. Bei diesen Oberbegriffen handelt es sich um:

- Vermittlung durch Kostenträger

- Gute Erfahrungen, erfahrene Klinik, positive Rückmeldungen
- Nähe zum Tx-Zentrum
- Wohnortnähe
- Patientenwunsch

Untersucht wurden nun die ersten drei Nennungen jedes Tx-Zentrums (soweit möglich, manche Zentren nannten nur ein oder zwei Kriterien).

Mit 15 Nennungen war der Oberbegriff „Gute Erfahrungen, erfahrene Klinik, positive Rückmeldung „Spitzenreiter“ unter den Vermittlungskriterien. An zweiter Stelle stand „Vermittlung durch Kostenträger“ mit sechs Nennungen. Betrachtet man allerdings die Oberbegriffe, die an erster Stelle genannt wurden, so sind beide mit je vier Nennungen gleichrangig. Dies zeigt, dass an erster Stelle als Kriterien für Vermittlung die Wahl durch den Kostenträger und gute Erfahrungen und Rückmeldungen stehen. Auf den weiteren „Plätzen“ stehen die Oberbegriffe „Nähe zum Tx-Zentrum“ und „Wohnortnähe“ mit je drei Nennungen. Der Patientenwunsch wurde nur einmal genannt, spielt also praktisch keine Rolle.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Fragebogenaktion zeigt, dass die Tx-Zentren eine große Auswahl an möglichen Reha-Kliniken haben, von denen jedes Tx-Zentrum nur eine begrenzte Auswahl nutzt. Es gibt offenbar enge Beziehungen zwischen einzelnen Tx-Zentren und Reha-Kliniken, so dass alle Patienten in eine Reha-Klinik vermittelt werden und es gibt Tx-Zentren, die eine breitere Auswahl von Reha-Kliniken in Anspruch nehmen. Die Reha-Kliniken werden vorzugsweise regional besetzt, nur einzelne Reha-Kliniken werden auch überregional genutzt.

Die Vermittlung geschieht überwiegend nach den Erfahrungen, die die Tx-Zentren mit den Reha-Kliniken gemacht haben, wichtig ist allerdings auch die Festsetzung der Reha-Klinik durch Kostenträger.

Im zweiten Teil der Befragung sollen die Reha-Kliniken einen Fragebogen erhalten, in dem sie Auskunft über Qualitätsmerkmale wie z.B. personelle Ausstattung, Angebote für die Patienten und Zusammenarbeit mit Selbsthilfe machen sollen. Die Ergebnisse werden wieder veröffentlicht.

Zu Dank verpflichtet sind wir Josef Theiss für seine hilfreichen Vorschläge und Ideen.

*Cilly Stroth-Bücker
Peter Mohr*

Muss ich alles sagen?

Bewerbung als Schwerbehinderte/r

Wer lebertransplantiert ist, hat gewöhnlich den Status der Schwerbehinderung; oft ist dies auch bei Kranken lange vor der Transplantation der Fall. Wenn man sich nun auf eine neue Stelle bewirbt: Soll oder muss man angeben, dass eine Schwerbehinderung besteht?

Die „Apotheken-Rundschau“ schreibt in ihrer Ausgabe vom Februar 2008, dass der Arbeitgeber bei der Bewerbung kein Recht auf Fragen hat, die sich auf die Gesundheit beziehen. Allerdings mit einer Ausnahme: Der Arbeitgeber muss wissen, ob jemand für den künftigen Arbeitsplatz gesundheitlich in Frage kommt – wer sich also z.B. als Lagerarbeiter bewirbt, muss seine Rückenprobleme angeben. Dagegen müsste eine Lebertransplantierte, die sich als Sekretärin bewirbt, ihre Schwerbehinderung nicht angeben. An der gleichen Stelle findet sich auch ein Zitat, wonach auch bei einer Schwerbehinderung von mehr als 50 % (die bei

uns ja die Regel ist) wegen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes man keine Angaben machen muss.

Allerdings sollte letzten Endes im Einzelfall abgewogen werden: Werde ich durch meine Schwerbehinderung eher abgelehnt? Dann sollte man vielleicht keine Angaben machen. Jedoch könnte man auch so verfahren: Die Schwerbehinderung nicht schon im Bewerbungsschreiben erwähnen, sondern besser im Verlauf eines sich positiv entwickelnden Gesprächs beim Arbeitgeber. Auch dann sollte man eher von einem Grad der Behinderung sprechen (klingt weniger vorurteilsbelastet) und dabei die eigene Leistungsfähigkeit betonen. Bei Bewerbungen im öffentlichen Dienst sollte man die Schwerbehinderung betonen, da man dort dann bei gleicher Qualifikation bevorzugt eingestellt wird.

Gibt man seine Schwerbehinderung nicht an, verzichtet man natürlich auch auf die arbeitsrechtlichen Vorteile: Länge-

rer Urlaub und verbesserter Kündigungsschutz (aus der Sicht des Arbeitgebers möglicherweise Nachteile!) Kurz: Jede/r sollte sich sein Verhalten genau überlegen – der Rückzug auf die rechtlichen Bestimmungen allein ist nicht unbedingt nur hilfreich.

Übrigens: Die Frage nach einer bestehenden oder geplanten Schwangerschaft darf der Arbeitgeber keinesfalls stellen. Diese Frage darf auch falsch beantwortet werden.

Bei besonderen Nachfragen kann auch beim „Bürgertelefon für behinderte Menschen“ angerufen werden:
Tel.: 0 18 05/67 67 15.

Peter Mohr

Beipackzettel – die unverständliche Medikamentenbeilage?

Alle Transplantierten schlucken täglich Medikamente und wenn wir die Packung öffnen, finden wir außer den Medikamenten jeweils noch einen Zettel, auf dem sehr viele Angaben über das Medikament mehr oder weniger verständlich aufgeführt sind.

Beim 5. Patientenrechtstag des pmi-Verlags in Frankfurt hielt Herr Rechtsanwalt Bauroth von der Firma kohlpharma ein Referat zum Thema „Patient und Beipackzettel“, das Grundlage für die folgenden Informationen sein soll.

Nach einer in der „Apotheken-Umschau“ vom 29.12.2006 veröffentlichten Umfrage verstand nur die Hälfte der Patienten die Beipackzettel der Medikamente – 15 % der Befragten warfen ihre Arzneimittel sogar weg, weil sie durch die Angaben über Nebenwirkungen verunsichert waren. Der „Apotheker Zeitung“ vom

11.6.2007 ist zu entnehmen, dass sich die Compliance (die Bereitschaft der Patienten, die Therapie aktiv zu unterstützen) verbessert, wenn ihnen der Inhalt der Beipackzettel durch die Apotheker in verständlicher Form nahe gebracht wird.

Weshalb überhaupt gibt es Beipackzettel?

Grundlage für die Erstellung dieser Informationen ist der § 11 des Arzneimittelgesetzes. Dort wird sehr detailliert bestimmt, dass jedem Fertigarzneimittel eine Information beiliegen muss, die „allgemein verständlich in deutscher Sprache, in gut lesbarer Schrift“ die vom Gesetz bestimmten Angaben enthalten muss.

Dabei handelt es sich um die allen Patienten bekannten 16 Einzelangaben, die auf jedem Beipackzettel zu finden sind: Diese Angaben enthalten entscheidende

Hinweise über die Art der Medikamente, ihre Dosierung (soweit nicht vom Arzt anders festgelegt), Wirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Stoffen und Nebenwirkungen. Sie sollten daher bei jedem neuen Medikament unbedingt gelesen werden, bei Dauermedikamenten mindestens einmal im Jahr (es könnten sich Veränderungen ergeben haben).

Sind die Informationen nicht ausreichend verständlich, muss beim Arzt oder Apotheker nachgefragt werden (wobei der Arzt bei Verordnung schon von sich aus auf mögliche Nebenwirkungen hinweisen sollte). Allerdings ist bei Arztbesuchen oft nicht die Zeit, alle Fragen ausführlich zu besprechen: Hier kann dann der Beipackzettel weiterhelfen.

Peter Mohr

Probandenversicherung

Sind Teilnehmer einer Studie ausreichend versichert?

Immer wieder sind Mitglieder unseres Verbandes auch Teilnehmer von Studien. Die Teilnahme an Studien ist zweckmäßig und wichtig – sie dienen dem wissenschaftlichen Fortschritt und das Risiko ist begrenzt, da man ja engmaschig von Ärzten überwacht wird.

Aber: Wie sieht es aus, wenn doch mal in einer Studie Probleme auftreten? Wie ist in einem solchen Fall die Haftung und welche Versicherungsleistungen werden fällig? Zu diesem Thema hat beim 5. Patienten-Recht-Tag des pmi-Verlags Herr Swik, der Geschäftsführer der Pharma-Rückversicherungs-Gemeinschaft, referiert. Als Beispiel nannte er den Fall einer Medikamenten-Studie in England, bei der sechs Patienten schwere Schäden erlitten. Handelte es sich um allergische Reaktionen, Verunreinigung bei den verabreichten Medikamenten, menschliches Versagen?

Das deutsche Recht sagt: Für Entwicklungsfehler – also wenn ein Fehler des verabreichten Medikaments, die nach dem Stand von Wissenschaft und Technik nicht

erkannt werden konnten – ist Haftpflicht ausgeschlossen. Daher gibt es eine im Arzneimittelgesetz festgelegte Versicherung für Teilnehmer an medizinischen Studien. Diese Versicherung gleicht bestimmte Schäden aus. Grundsätzlich sind nur Todesfall und Erwerbsunfähigkeit versichert; die Versicherungswirtschaft hat sich aber bereit erklärt, auch andere Kosten einer Schädigung zu tragen (medizinische Hilfsmittel o.ä.). Für „immaterielle Schäden“ – also Schmerzensgeld – tritt sie nicht ein, ebenso wenig für Vermögensschäden. Die Versicherungssummen sind „angemessen, je nach Risikoeinschätzung und Anzahl der Teilnehmer“. Für den Einzelfall stehen bis zu 500.000,- Euro bereit. Die Studienleitung beantragt nun eine Studie bei der zuständigen Ethikkommission, die ihrerseits eine Gesamtversicherung für die gesamte Studie abschließt. Diese Gesamtsumme kann bis 50 Millionen Euro gehen. Seitdem diese Regelung besteht (1978) gab es keinen Fall, in dem nicht alle Ansprüche befriedigt worden wären. Höhere Versicherungssummen abzuschließen, ist

nicht nützlich – rechne man mit derartigen Schäden, wird eine Untersuchung von der Ethikkommission erst gar nicht genehmigt.

Sollte ein Versicherungsfall eintreten, wird natürlich – wie meist bei Versicherungen – geprüft, ob nicht eine andere Versicherung besteht, die eintreten könnte (das könnte die Berufshaftpflichtversicherung des behandelnden Arztes sein oder die Produkthaftpflichtversicherung des Unternehmens, welches das Medikament produziert hat).

Sollte es zu Problemen bei Studien kommen, hat der Patient die Beweispflicht; der kausale Zusammenhang, also praktisch der Wirkmechanismus zwischen der Medikamenteneinnahme und einer Schädigung muss bewiesen werden. Im Regelfall wurden die Versicherungsfälle bisher einvernehmlich gelöst. Eine Klage beim Sozialgericht kann eingelegt werden, die Erfolgchancen sind allerdings gering.

Peter Mohr

Gerade auch chronisch leberkranke oder transplantierte Patienten machen sich Sorgen über eine mögliche zusätzliche Absicherung der Familie. So erreichte die Redaktion folgende Frage, die wir uns von einem Versicherungsfachmann beantworten ließen:

Kann man nach einer Lebertransplantation noch eine Lebensversicherung abschließen?

Es gibt verschiedene Versicherungsunternehmen, die die Möglichkeit bieten, eine Lebensversicherung abzuschließen, ohne dass nach dem aktuellen Gesundheitszustand und Vorerkrankungen gefragt wird. Hier ist aber die Versicherungssumme meist begrenzt.

Wenn man dann die ersten drei Jahre nach Abschluss erlebt, leistet die Versicherung bei einem eventuellen späteren Todesfall mit der im Abschluss verein-

barten Summe bzw. der Versicherungssumme im Erlebensfall zusammen mit eventuell erwirtschafteten Überschüssen am Ende der Laufzeit ausgezahlt. Tritt der Todesfall in den ersten drei Versicherungsjahren ein, erhalten die Hinterbliebenen meist nur die eingezahlten Beiträge zurück.

Diese Verträge, die solche Risiken implizieren, gestalten sich dann aber möglicherweise nicht so gut im Hinblick auf

die Überschussentwicklung (der Betrag der am Ende der Laufzeit über die vereinbarte Versicherungssumme hinaus ausgezahlt wird).

Bei manchen Gewerkschaften und Verbänden besteht auch die Möglichkeit, Sterbegeldversicherungen ohne Gesundheitsfragen über bestehende Gruppenverträge abzuschließen.

H.-M. Riemer

Anfragen an unseren Patientenverband zum Thema Medikamente

„... ich habe gehört, dass inzwischen die Apotheken statt des Medikaments, das ich bisher eingenommen habe (Sandimmun optoral®), auch andere Medikamente abgeben dürfen. Sind diese genauso wirksam? Kann ich diese bedenkenlos einnehmen oder nicht? Ich würde mich über eine Antwort freuen. ...“

Wenn Sie schreiben „andere Medikamente“, kann das prinzipiell zwei unterschiedliche Hintergründe haben:

1. Sie erhalten vom Apotheker ein reimportiertes, dadurch preiswerteres Medikament. Das erkennt man daran, dass z.B. der Text auf der Faltschachtel etwa in französischer oder spanischer Sprache verfasst ist und der deutsche Beipackzettel dazugegeben wird. Diese **Reimporte** sind aber Originalpräparate des Herstellers Ihres Immunsuppressivums, wirken also nicht anders als das gewohnte Präparat. Diese Medikamente können aber lange Transportwege hinter sich haben. Fragen Sie im Zweifelsfall in Ihrem Transplantationszentrum nach.

2. Sie erhalten von Ihrem Apotheker ein sogenanntes **Generikum**. Das sind Medikamente, die den gleichen Wirkstoff in gleicher Dosierung enthalten, aber von einer anderen Firma hergestellt werden. Das kann dann der Fall sein, wenn nach 10 Jahren Vertrieb des Originalpräparats seitens der erstentwickelnden Herstellerfirma der Patentschutz ausläuft und so jede andere Firma Präparate mit diesem

Wirkstoff auf den Markt bringen kann. Dies ist zur Zeit schon für das Immunsuppressivum Cyclosporin der Fall. Neben dem ursprünglichen Präparat Sandimmun optoral® von der Firma Novartis Pharma GmbH gibt es inzwischen verschiedene Generika. Generika können durch die unterschiedliche Zubereitung abweichende Wirksamkeit aufweisen. Die entsprechenden Verordnungen hierzu tolerieren 20–25 %! Was bei anderen Medikamenten vielleicht nicht so sehr bedeutsam ist, kann im Fall der Immunsuppressiva große Bedeutung haben: Wird das Generikum einfach 1:1 unkritisch umgesetzt, kann es zu Abstoßungsreaktionen oder Verstärkung der Nebenwirkungen kommen, da der Patient u.U. mit der gleichen Menge an Wirkstoff andere Blutspiegel aufweist.

Besondere Brisanz erhält das Thema durch inzwischen bestehende Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Firmen der pharmazeutischen Industrie. Ist der Patient beim Vertragspartner für ein Generikum versichert, bekommt er ausschließlich dieses Generikum ausgehändigt. Dies kann nur vermieden werden, indem der Arzt durch Ankreuzen auf dem Rezept eine aut-idem-Substitution ausschließt. Hiergegen haben aber Hausärzte in der Regel große Bedenken, weil sie in die Gefahr des Regresses kommen.

Ist ein Präparat gerade nicht lieferbar, muss der Apotheker auf ein anderes (möglichst im unteren Preissegment) ausweichen. Im schlimmsten Fall könnte es pas-

sieren, dass der transplantierte Patient in der Abfolge mehrere unterschiedliche Generika erhält – mit oben beschriebener Problematik!

Was können Sie als Patient tun?

Schauen Sie aufmerksam, was Sie ausgehändigt bekommen. Werden Sie aktiv! Nehmen Sie auf jeden Fall Kontakt auf mit Ihrem Transplantationszentrum. Falls man dort mit der Umstellung auf ein Generikum einverstanden ist, lassen Sie (und Ihr Hausarzt!) sich genau über die – eventuell engmaschigeren! – notwendigen Spiegelkontrollen informieren. Ihr Zentrum sollte auch mit Ihrem Hausarzt Kontakt aufnehmen, um die weitere Vorgehensweise und Verordnung der Immunsuppressiva zu besprechen.

Unser Patientenverband setzt sich derzeit dafür ein, dass diese neue aut-idem-Regelung für immunsuppressive Therapie nach Organtransplantation geändert wird. Bis dahin befindet sich m.E. der Patient zwischen den Interessen der Kassen, Hausärzte und den eigenen gerechtfertigten, die da sind: stabiler Immunsuppressivum-Spiegel, langfristiger Organerhalt und möglichst wenige Nebenwirkungen. Bleiben Sie aufmerksam und kritisch. Fragen Sie nach und kommunizieren Sie mit Ihrem Hausarzt und dem Transplantationszentrum!

Jutta Riemer

„... Ich nehme seit vielen Jahren Prograf® ein. Nun gibt es ein neues Mittel von derselben Firma. Ist das egal, welches man verschrieben bekommt? ...“

Seit mehr als zehn Jahren ist neben dem Cyclosporin ein weiterer Calcineurininhibitor als Immunsuppressivum auf dem Markt. Der Wirkstoff Tacrolimus in Form des Medikamentes Prograf® von der Firma Astellas. Dieses wird von vielen Patienten nach der Transplantation gegen die Organabstoßung eingenommen. Es muss regelmäßig zwei Mal täglich im 12-Stunden-Abstand eingenommen werden. Um nachzuprüfen, ob der Medikamentenspie-

gel dem vom Zentrum festgelegten Zielspiegel entspricht, muss dieser als 12-Stunden-Talspiegel bestimmt werden.

Inzwischen stellt dieselbe Firma ein Präparat mit dem identischen Wirkstoff, aber in einer anderen Aufbereitungsform her. Es handelt sich hier um eine retardierte Form, also um ein Medikament, das seinen Wirkstoff langsam, kontinuierlich über einen längeren Zeitraum abgibt. Deshalb muss dieses Medikament Advagraf® nur ein Mal täglich morgens (und hier die komplette Tagesdosis) eingenommen werden. Laut Rückmeldungen aus verschiedenen Lebertransplantationszentren stellen diese die Patienten nicht automa-

tisch auf die neue Retardform um, wenn die Patienten stabile Spiegel mit Prograf® erzielen. Compliancestärkend kann es sich bei Patienten auswirken, denen die pünktliche, abendliche Einnahme Probleme macht. Unregelmäßige berufliche Tätigkeit oder/und Einhalten des Abstands zum Abendessen (!!!) bei der Einnahme von Tacrolimus (Wirkstoff beider Präparate). Laut Rücksprache mit verschiedenen Transplantationsmedizinern gilt auf jeden Fall: Umstellung von Prograf® auf Advagraf® nur in Absprache mit dem Transplantationszentrum.

Jutta Riemer

„Rat und Hilfe“

Die Buchreihe für Betroffene und Angehörige

Im Verlag W. Kohlhammer ist eine Reihe erschienen, die Betroffenen zu verschiedenen Erkrankungen und gesundheitlichen Problemen Informationen liefert. Diese werden in Form von Fragen und Antworten allgemein verständlich weitergegeben. Hieraus ergeben sich Hilfestellungen im medizinischen, psychosomatischen und auch sozialen Bereich. Im vorliegenden Buch aus dieser Reihe schreibt Hermann Delbrück über das Thema Leberkrebs. Fragen zu Ursachen, verschiedenen Therapien, Diätetik, Wiederauftreten der Erkrankung, Reha und Reisen werden in verständlicher Form beantwortet. Im Anhang werden medizinische Fachausdrücke erklärt, es gibt eine Literaturliste ebenso wie Hinweise auf Internetadressen. Beim Thema Lebertransplantation wird auch auf unseren Verein verwiesen.

Eines der Kapitel beschäftigt sich mit sozialen Fragestellungen. Die Redaktion „Lebenslinien“ hat sich entschieden, sechs dieser Fragen und Antworten aus dem sozialen Bereich abzdrukken – ohne den Eindruck erwecken zu wollen, dass dieses Buch sich vorrangig mit sozialen Fragestellungen beschäftigt.

Jutta Riemer

Kann mir mein Arbeitgeber kündigen, obwohl ich Schwerbehinderter bin?

Anerkannt Schwerbehinderte sind gegen Kündigung durch das Kündigungsschutzgesetz besonders geschützt. Der Arbeitgeber muss vor dem Aussprechen der Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes (früher Hauptfürsorgestelle genannt) beantragen. Die in dem Kündigungsschutzgesetz festgelegten Schutzbestimmungen bedeuten nicht, dass Ihnen als „gesetzlich anerkanntem Schwerbehinderten“ nicht gekündigt werden kann. Die Kündigung ist lediglich nicht so leicht vollziehbar, da die Mitarbeiter des Integrationsamtes die vom Arbeitgeber angegebenen Kündigungsgründe genau und kritisch überprüfen. Bei dieser Überprüfung werden die Interessen des Arbeitgebers und die des Arbeitnehmers gegeneinander abgewogen. Die Mitarbeiter des Integrationsamtes werden einem Kündigungsantrag von kleineren Betrieben möglicherweise eher zustimmen als einem Kündigungsantrag eines Großunternehmens. Dies gilt vor allem dann, wenn ein kleinerer Betrieb nachweisen kann, dass seine wirtschaftliche Situation und seine Ertragslage durch die Weiterbeschäftigung eines anerkannt Schwerbehinderten dauerhaft gefährdet werden würde.

Bei einer Weiterbeschäftigung im gleichen Betrieb, aber auf einem anderen Arbeitsplatz („Umsetzung“) ist zu beachten, dass es keinen Berufsschutz mehr gibt. Einbußen bei der Art der Arbeit und beim Einkommen müssen also bis zu ei-

nem bestimmten Prozentsatz des bisherigen Nettoentgelts hingenommen werden, wenn man nicht arbeitslos werden möchte.

Ich möchte gern arbeiten, bin mir jedoch nicht sicher, ob ich tatsächlich einen vollen Arbeitstag durchstehen kann. Was ist unter einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit zu verstehen?

Um Menschen nach einer schweren Erkrankung den Einstieg in ihren alten Arbeitsplatz zu erleichtern, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung. Die Wiederaufnahme der Arbeit kann zum Beispiel in der Art erfolgen, dass Sie zuerst zwei bis drei Stunden täglich arbeiten, dann nach einiger Zeit vier bis sechs Stunden, dann sechs bis acht Stunden und schließlich Ihre Arbeit wieder vollschichtig aufnehmen. Während dieser Zeit erhalten Sie Krankengeld, das von der Krankenkasse bezahlt wird. Primär geht es bei dieser Maßnahme ja um eine Arbeitserprobung. Dem Arbeitgeber entstehen während dieser Zeit, in der er Ihre Arbeitskraft nicht vollständig in Anspruch nehmen kann, keine Kosten.

In der Zeit der stufenweisen Belastung (früher auch Hamburger Modell genannt) bleiben Sie offiziell krankgeschrieben. Dies ist insofern von Bedeutung, als Sie maximal ja nur 78 Wochen Krankengeld beziehen dürfen und danach ausgesteuert werden. Lassen Sie sich beraten, ob andere Möglichkeiten günstiger für Sie sind, z.B. die Verrechnung Ihres Urlaubs:

einen halben Tag Urlaub, einen halben Tag arbeiten. Dies hat den Vorteil, dass Sie den vollen Lohn bekommen.

Erkundigen Sie sich beim Sozialarbeiter, was für Sie am günstigsten ist. Möglicherweise ist auch die Rentenversicherung bereit, sich an den Kosten der stufenweisen Wiedereingliederung zu beteiligen.

Mein Arzt rät mir dazu, die Rente einzureichen. Wie viel Geld kann ich erwarten?

Dies hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem von der Art der Rente, von beitragspflichtigen Einkommen des einzelnen Versicherten und von der Zeit der Einzahlungen. Natürlich spielt auch die Entwicklung der Löhne, der Steuer und der Abgaben bei der Berechnung der Rentenhöhe eine Rolle.

Schwerbehinderte Berufs- und Erwerbsunfähige können nach Vollendung des 63. Lebensjahres ohne Abschläge in Rente gehen, wenn sie die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Vorher müssen sie – in Gegensatz zu früher – Abschläge in Kauf nehmen.

Übrigens ist die Erwerbsunfähigkeitsrente im Regelfall auf drei Jahre befristet worden. Natürlich kann sie danach verlängert werden. Ist der Versicherte in der Lage, am Tage noch drei bis sechs Stunden zu arbeiten, so gibt es für ihn nur eine Teilrente.

Ein vorzeitiger Rentenbezug vor Vollendung des 63. Lebensjahres ist zwar möglich, jedoch um den Preis der Redu-

zierung der Rente um 0,3 % für jeden Monat vor der für Sie maßgeblichen Altersgrenze, also um 3,6 % pro Jahr. Wenn Sie Ihren Rentenbeginn zum Beispiel um fünf Jahre (also 60 Monate) vorziehen, ergibt sich somit ein Abschlag von maximal 18 %. Dieser Abschlag wirkt sich lebenslang, auch auf die Höhe der Hinterbliebenrente aus. Beginnt die Altersrente jedoch erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres, wird sie im Gegenzug um einen Zuschlag von 0,5 % für jeden Monat der späteren Inanspruchnahme erhöht.

Bei Renten, die vor dem 65. Lebensjahr in Anspruch genommen werden, darf nur eine bestimmte Geldsumme hinzuverdient werden (2007 = ca. 350,- EUR). Innerhalb eines Kalenderjahres ist ein zweimaliges Überschreiten dieses Betrags bis zum Doppelten (als Ausgleich für Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) zulässig. Ein höherer Hinzuverdienst gefährdet den Anspruch auf die Auszahlung der vollen Rente. Bereits ein Euro mehr auf dem Konto führt zu empfindlichen Einbußen, weil dann die Altersrente um ein Drittel gekürzt wird und der Pensionär als Teilrentner zählt.

Ab dem 65. Lebensjahr kann man unbegrenzt dazu verdienen. Rentner dürfen dies ohne Einschränkungen tun. Sinnvoll ist auf jeden Fall, vor einer geringfügigen Beschäftigung beim zuständigen Renten-träger Informationen einzuholen. Wer Rente wegen einer verminderten Erwerbsfähigkeit bezieht, ist verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger jede Aufnahme eine Beschäftigung mitzuteilen.

Die Berechnung der Hinzuverdienstgrenzen und Teilrenten ist ein kompliziertes Geschäft, das von zahlreichen Variablen abhängt. Rentner oder künftige Teilrentner sollten sich an eine Beratungsstelle oder an das Servicetelefon (Telefon 0800/10 00 48 00) wenden, um sich umfassend zu informieren und beraten zu lassen.

Muss ich von meiner Rente Steuern zahlen?

Ja, wenn Ihre Rente über dem jeweiligen Grundfreibetrag liegt. Anstelle des bisherigen, je nach Renteneinstiegssalter unterschiedlichen Ertragsanteils wird ein bestimmter Teil der Bruttorente als steuerpflichtiges Einkommen angesetzt (2007). Dieser Besteuerungsanteil (2007 = 54 %)

erhöht sich jedes Jahr um zwei Prozentpunkte. Bei Bezug der Rente ab 2008 sind es also 56 % (44 % der Rente sind dann noch steuerfrei) usw. Der steuerliche Anteil gilt für alle Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, der landwirtschaftlichen Alterskassen und der Berufsständigen Versorgungswerke. Ob es aber überhaupt zu einer Veranlagung durch das Finanzamt kommt, hängt maßgeblich von den Gesamteinkünften ab. Sie sollten sich an Ihr zuständiges Finanzamt wenden.

Welche Mindestvoraussetzungen müssen erfüllt sein, um überhaupt in den Genuss der Rente (Erwerbsunfähigkeitsrente) zu kommen?

Ein Anspruch auf Altersrente besteht bei einem schwerbehinderten Menschen (GdB > 50) ohne Abschläge nach Vollendung des 63. Lebensjahres. Die Wartezeit von 35 Jahren mit allen rentenrechtlichen Zeiten muss man erfüllt haben. Wenn alle Voraussetzungen gegeben sind, können Sie diese Altersrente (allerdings mit Abschlägen nach Vollendung des 60. Lebensjahres) in Anspruch nehmen. Es existiert eine Vertrauensschutzregelung: Wenn Sie das 50. Lebensjahr vor dem 16. November 2000 vollendet haben und schwerbehindert sind, dann dürfen Sie ab Vollendung des 60. Lebensjahres ohne Abschläge Altersrente beziehen.

Sollten Sie nicht in der Lage sein, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, prüft Ihre Rentenversicherung, ob ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung besteht. Wenn Sie zwar mehr als drei Stunden, aber weniger als sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein können, besteht gegebenenfalls ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Sie beträgt die Hälfte der Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit könnte für Sie in Betracht kommen, wenn Sie vor dem 2. Januar 1961 geboren sind und wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbstätigkeit in Ihrem bisherigen oder einem zumutbaren Beruf nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich arbeiten können.

Wichtig für die Rentenzahlung ist eine rechtzeitige Antragstellung. Wird der Antrag nicht innerhalb von drei Monate nach Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt, beginnt die Rente erst mit dem Tag der Antragstellung.

Ich wurde von meiner Krankenkasse dazu aufgefordert, einen Antrag auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Muss ich dieser Aufforderung Folge leisten? Welche Konsequenzen hat dieser Antrag?

In Allgemeinen erhalten Sie eine derartige Aufforderung wenige Monate vor Ablauf der 78-Wochen-Frist. Sie müssen dieser Aufforderung innerhalb von zehn Wochen Folge leisten, da sonst die Kasse berechtigt ist, das Krankengeld ruhen zu lassen.

Der ärztliche Dienst des Rentenversicherungsträgers prüft nach Eingehen des Antrags, ob eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Kommt er zu diesem Schluss, wird er Ihnen einen mindestens dreiwöchigen stationären Aufenthalt in einer geeigneten Rehabilitationsklinik empfehlen. Diese Klinik hat nach Ihrem Aufenthalt eine Stellungnahme zu Ihrer beruflichen Einsatzfähigkeit abzugeben.

Sind Sie nach Auffassung des Rentenversicherungsträgers nicht rehabilitationsfähig oder ist nach seiner Auffassung keine Besserung durch eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu erwarten, kann der Rentenversicherungsträger Ihren Antrag auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in einen Antrag auf Rente umdeuten. Sollte dies der Fall sein, lassen Sie sich ausführlich von Ihrer Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger beraten.

Sofern Sie von sich aus einen Antrag auf Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation stellen wollen, müssen Sie nicht warten, bis die Krankenkasse Sie dazu auffordert. Sie können dies selbstverständlich auch von sich aus tun. Wenden Sie sich dazu an einen Rehhabilitationsberater bei Ihrer Krankenkasse.

Auszüge aus: „Leberkrebs“ von Hermann Delbrück, Rat und Hilfe für Betroffene und Angehörige, Verlag W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, ISBN 978-3-17-020113-2

Dem Verlag und dem Autor danken wir für die Abdruckgenehmigung für die Fragen und Antworten.



In den letzten zehn Jahren wurde die Forschung intensiviert über den Zusammenhang von psychischen Problemen und Darmerkrankungen. Dabei gehen die Ansätze über die bereits als klassisch geltenden Aspekte von Umweltstress und Persönlichkeitsstruktur hinaus. Eine kurze Übersicht über diese neueren Ansätze bietet ein Artikel von Psychosomatikern der Universität Tübingen¹.

Psychische Aspekte von Darmerkrankungen

Im Vordergrund stehen lineare Wirkungszusammenhänge, die von der Wirkung psychischer Faktoren auf den Verdauungstrakt ausgehen. Zusätzlich kommen aber auch zirkuläre und kumulative Vorgänge zum Tragen, wie sie etwa darin bestehen, dass psychische Faktoren (Angstzustände, Depression) entzündliche Darmerkrankungen hervorrufen, diese wiederum die Lebensqualität so stark beeinträchtigen, dass sie sich negativ auf den psychischen Zustand des Patienten auswirken und zu einer Verstärkung des Darm-syndroms führen. Insgesamt stellen die Autoren des Übersichtsartikels jedoch fest, dass es sich bei Psyche – Darm um ein Gebiet handelt, das in Forschung und Literatur noch ziemlich vernachlässigt ist.

Entzündliche Darmerkrankungen

Entzündliche Darmerkrankungen (insbesondere Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) galten als beste Beispiele für psychosomatisch verursachte Störungen, obwohl man nicht einmal sämtliche physischen/biologischen Aspekte dieser Darmerkrankungen kennt. Basierend auf der Hypothese der psychosomatischen Verursachung wurden insbesondere psychotherapeutische Ansätze zur Krankheitsbehandlung gewählt, bis dann schließlich nachgewiesen wurde, dass Psychotherapie keine Verbesserung im Vergleich zu einer spontanen Remission der Krankheiten brachte. Neuere Forschungen haben nun aber ein besseres Verständnis der Wirkungsweise von **Stressfaktoren in der Umwelt** einerseits und der Bedeutung des **genetischen und persönlichen Hintergrunds des Patienten** andererseits erbracht, und zwar über die Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch **psycho-immunologische Faktoren**. Fortschritte wurden insbesondere mit bildgebenden Verfahren in der Diagnose und im besseren **Verständnis der Wirkungszusammenhänge** gemacht.

Stress. Der Verdauungstrakt ist im wesentlichen durch das vegetative Nervensystem autonom geregelt und somit vor raschen Reaktionen auf leichtere Veränderungen der Stressfaktoren in der Umwelt geschützt. Es bedarf erheblichen psychischen Drucks, um negative Reaktionen auszulösen; diese können dann allerdings sehr heftig sein. Wie neuere Forschungen ergeben haben, verläuft die Reaktion über den Hypothalamus im Kleinhirn, der das



vegetative Nervensystem überspielt und dann zu funktionalen Störungen wie Reizdarm oder entzündlichen Darmveränderungen wie Colitis ulcerosa führen kann. Zur Bekämpfung dieses Wirkungsmechanismus gibt es verschiedene Arzneimittel.

Familiengeschichte. Funktionale Darmstörungen wie Reizdarm gehören zu den häufigsten Darmerkrankungen. Sie sind oft im Familienhintergrund verankert, wobei die Frage ist, ob es sich um ein genetisches oder ein soziales Phänomen handelt. Neuere Forschungen deuten darauf hin, dass beide Faktoren wirken: sowohl genetische Prädisposition als auch soziales Lernen im Familienverband.

Gegen diese Verursachungskette gibt es allerdings kein wirksames Arzneimittel; vielmehr ist ein psychotherapeutischer Ansatz die Therapie der Wahl.

Bildgebende Diagnoseverfahren

Bedeutende Fortschritte zum besseren Verstehen der zentralen Informationsverarbeitung aus dem Darmbereich wurden durch bildgebende Verfahren des Gehirns gemacht, insbesondere im Hinblick auf die Wirkungsmechanismen von Emotionen auf die Darmfunktionen und damit auf die Pathogenese von funktionalen Darmstörungen und die Wirksamkeit von Therapien in den fraglichen Hirnregionen. Mit Hilfe der Bildgebung hat man auch ein besseres Verständnis für Placebo-Reaktionen entwickelt. Danach sind verschiedene psycho-biologische Mechanismen am Werk einschließlich einer Pawlowschen Konditionierung (durch Einüben und Erkennen gewisser Signale); allerdings kann auch eine genetische Veranlagung als wichtiger Faktor bei Placebo-Reaktionen nicht ausgeschlossen werden.

Akupunktur

Die Wirkung von Akupunktur bei Darmerkrankungen wurde lange Zeit auch eher als Placebo-Phänomen eingestuft. Untersuchungen über Faktoren, die vom vegetativen Nervensystem gesteuert werden wie Herzschlag oder neuroendokrine Kontrollen (Kortisol im Speichel), deuten allerdings darauf hin, dass mit Hilfe von Akupunktur autonome, durch das vegetative Nervensystem gesteuerte Reaktionen überspielt werden können. So lässt sich mit Akupunktur über die parasympathische Kontrolle des Darms eine Verbesserung der Symptome erzielen.

Therapien

Da es nur wenige Arzneimittel zur Behandlung von Darmerkrankungen gibt

und die meisten nur bei den Symptomen ansetzen², ist **Psychotherapie** eine der wichtigsten Optionen. Psychotherapie kann sehr verschiedene Ausformungen annehmen von der Verhaltenstherapie und Erziehung zu Veränderungen der kognitiven Funktionen und Hypnose sowie – aus der eigenen Erfahrung des Autors dieses Artikels hinzufügend – Meditation und Gruppentherapie ergänzt durch Akupunktur. Allerdings ist weiterhin viel im Dunkeln, wie und in welchen Fällen diese Therapieansätze wirksam sein können. Schließlich werden auch Psychopharmaka mit unterschiedlichem Erfolg eingesetzt.

Ulrich R. W. Thumm

NB: Colitis ulcerosa ist häufig mit PSC assoziiert, so auch beim Autor dieses Artikels. Wie oben eingeflochten, hat der Autor verschiedene Ansätze über eine Reihe von Jahren verfolgt und dadurch eine aufschiebende Wirkung im Krankheitsverlauf erzielt. Schließlich war aber eine Lebertransplantation unausweichlich. Mit der initial hohen Dosierung von Immunsuppressiva (im gegebenen Fall: Tacrolimus) wurde auch die Colitis kontrolliert; mit reduzierter Dosierung der Immunsuppressiva ist sie aber wieder aktiv. **Es wäre interessant von Ihnen, liebe Leser als eventuell Betroffenen, zu hören, welche Erfahrungen Sie mit psychosomatischer Medizin bei der Be-**

handlung von Darmerkrankungen und verwandter Symptomatik gemacht haben.

- 1 Paul Enck et al.: *The psyche and the gut*, *World Journal of Gastroenterology* 2007 July 7; 13(25):3405-3408
- 2 Dies gilt auch für verschiedene Medikamente gegen Colitis ulcerosa, die den Entzündungsprozess unterdrücken und ein Rezidiv möglichst verhindern/hinausschieben möchten. Die Mittel reichen von 5-Aminoalicylate bis zu Immunsuppressiva einschließlich Corticosteroiden. Siehe Nicole Tietze: *Colitis ulcerosa – Schwelbrand im Dickdarm*, *Pharm Ztg* 152. Jahrgang, 26. Juli 2007

Patientenerfahrung: Sport nach Lebertransplantation

Ich hatte letztes Jahr im Juli das Glück, an einem kleinen Freizeittriathlon teilnehmen zu können. Glück deswegen, weil ich 16 Monate vorher, im Januar 2006, eine neue Leber bekommen hatte. Damals konnte ich mir nur schwer vorstellen, irgendwann wieder 500 m am Stück zu schwimmen, dann direkt 24 km Rad zu fahren und zum Abschluss noch 5 km zu rennen. Heute weiß ich, wie wichtig Sport und Bewegung nach einer Lebertransplantation sind.

Mein kleiner Artikel beginnt weit zurück: in der Steinzeit! Unsere Vorfahren in der Steinzeit, mussten sich bewegen um zu überleben. Damals legten Menschen im Schnitt 20 bis 30 Kilometer am Tag zurück, um sich Nahrung zu beschaffen und ihr Territorium zu sichern.



Vier Jäger und ihr Anführer, Höhlenmalerei, Remisa, Castellón, Spanien, ca. 6.000 v. Chr.

Bewegung war lebensnotwendig. Und die Natur hat den menschlichen Körper darauf optimiert, sich vielfältig und aus-

dauernd zu bewegen. Oder anders gesagt: Wer sich gut bewegen konnte, erbeutete mehr Nahrung und hatte eine größere Chance, sich fortzupflanzen.

Generation auf Generation ... So lange, bis der damalige Mensch für diese Art der dauernden Belastung quasi maßgeschneidert war.

Der „moderne“ Mensch heute ist immer noch auf Bewegung maßgeschneidert. Auch heute noch ist Bewegung Grundvoraussetzung dafür, unseren Körper überhaupt „am Laufen“ zu halten. Immer mehr Studien belegen, dass sportliche Aktivität nicht nur vorbeugend wirkt gegen typische Zivilisationserkrankungen (wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Fettleibigkeit usw.), sondern auch einen heilenden und regenerativen Einfluss hat, wenn man schon erkrankt ist.

Dieser positive Aspekt der Bewegung schließt auch die Gruppe der Lebertransplantierten ein. Wer lebertransplantiert ist, hat nach der Transplantation, wenn sie denn gut verlaufen ist, wieder ein normal funktionierendes Organ. Allerdings trägt er einiges an Altlasten und auch einige Neulasten mit sich herum:

- Schlechter Allgemeinzustand durch die chronische Krankheit, die zur Transplantation führte.
- Oder die oft lange Zeit mit wenig körperlicher Aktivität vor der Transplantation.

- Die Operation selbst ist für den Körper anstrengend.
- Durch die Erkrankung der Leber kam es schon vor der OP bei vielen zu Muskelschwund und das Liegen nach der OP verstärkt diesen noch.
- Krankheit und Cortison haben bei vielen Patienten zusätzlich eine Osteoporose entstehen lassen.

Insgesamt also keine optimalen Startvoraussetzungen, um schnell wieder auf die Beine zu kommen.

„Je mehr die Forscher erfahren und verstehen, desto entschiedener fordern sie die Abkehr vom klassischen Rat, demzufolge der Kranke das Bett zu hüten habe.“ So kommt es, dass man heutzutage nach der Transplantation, so bald es geht mobilisiert wird. Raus aus dem Bett und bewegen. Das verbessert den Muskelaufbau und erhöht so die Belastbarkeit, was wieder dazu führt, dass man sich länger und belastbarer bewegen kann. Und so weiter und so fort.

In der Tat: Wäre es doch nur so einfach! Jedem Transplantierten (und nicht nur diesen Menschen) stellt sich die Frage:

Pantoffel oder Sportschuh?

Die Antwort liegt eigentlich auf der Hand oder noch besser auf dem Fuß! Was hindert mich, den Sportschuh anzuziehen?

- Du bist doch krank und kannst gar keinen Sport treiben.
- ... und außerdem hast du ein reduziertes Immunsystem.
- Bei schlechtem Wetter ist körperliche Bewegung für dich gar nicht gut.
- Du arbeitest doch schon wieder. Das ist doch genug.
- Dein Doc findet das sicher auch nicht gut.

Es sind nicht immer nur andere Menschen, die so etwas zu einem sagen. Oft ist es auch die eigene Bequemlichkeit, der innere Schweinehund, der diese verlockenden Sätze flüstert.

Warum sollte ich trotzdem meine Sportschuhe schnüren?

Die Bewegung kurbelt den Stoffwechsel an und der Körper verbraucht mehr Energie. So fällt es leichter, das Gewicht zu halten oder Pfunde purzeln zu lassen.

Sport trainiert und kräftigt die Muskulatur. Und mehr Muskelmasse verbraucht auch mehr Energie. Zudem schützt ein starkes Muskelkorsett den Körper. Wird beispielsweise die Wirbelsäule durch einen starken Muskelmantel gehalten, sind Rückenschmerzen selten.

Ausdauersport wie Rad fahren, walken oder laufen wirken Arterienverkalkungen entgegen. Arteriosklerose gilt auch bei transplantierten Menschen als Haupttodesursache.

Bewegung festigt auch die Knochen. Zieht ein Muskel bei der Bewegung am Knochen, wird dort mehr Knochensubstanz eingebaut. Gerade das ist wichtig für transplantierte Menschen mit ihrem erhöhten Risiko, Osteoporose zu bekommen.

Sport wirkt nicht nur auf den Körper, sondern auch auf den Geist. Körperliche Betätigung hilft, den Alltagsstress abzubauen und man fühlt sich ausgeglichener.

Aber schon der alte chinesische Sportler und Hobby-Philosoph Laotse hat erkannt:

Jede lange Reise beginnt mit dem ersten Schritt.

Dieser erste Schritt sieht im Falle eines Lebertransplantierten so aus:

- Gründliche ärztliche Untersuchung
- Gespräch mit dem Transplantationsarzt: Welche Sportart passt? Oft kann man Sportarten, die man vor der Transplantation betrieben hat, weiterführen.
- Welche Intensität ist richtig? Grundsätzlich ist ein Ausdauersport eher ge-

eignet als Sportarten mit Extrembelastungen oder hoher Verletzungsgefahr.



Geeignete Sportarten sind z.B. Laufen, Rad fahren, Tanzen, Tennis, Badminton, Turnen, Gehen, Volleyball, Rudern, Aerobic. Nicht so ganz geeignet sind Kampfsportarten, Boxen (Leberhaken), Fallschirmspringen. Reiten ist nicht so geeignet wegen der Schimmelpilze im Stall. Beim Ski fahren sollte man, auch wenn man sicher auf den Skiern ist, möglichst die schwarzen Pisten meiden.

Wie fange ich es an?

- Spazieren gehen und Walken sind ein guter Einstieg zum Muskelaufbau.
- Stufen statt Rolltreppe und Fahrstuhl.
- Zu Fuß zum Bäcker anstatt mit dem Auto (Benzinpreise).
- Eine Bushaltestelle später einsteigen, früher aussteigen.
- Rituale als unverschiebbar erklären (10 Liegestütze vor dem Schlafen gehen; jeden Mittwoch um 19:30 Uhr zum Schwimmen).
- Leistung messbar machen (heute 2 Runden um den Sportplatz, nächsten Monat 3).

Wie habe ich es angefangen?

- Kurze Spaziergänge
- Stufen statt Fahrstuhl
- Täglich für 20 Minuten bei leichter Einstellung auf dem Ergometer
- 1 Runde ums Haus spaziert, dann 2 Runden ...
- Größere Runden ums Dorf mit Pausen
- Walking-Stöcke ausgeliehen und ums Dorf gewalkt in wöchentlich etwas größeren Kreisen

Noch ein paar Tipps

- Sportliche Aktivität ist in der Regel etwa 6 Monate nach der Transplantation möglich.

- Abstimmung mit dem betreuenden Arzt ist unbedingt wichtig.
- Körperliche Aktivität sollte möglichst (muss!) Spaß machen!

Wie erreiche ich das:

- Ich kann mir Verbündete suchen, z.B. zweimal die Woche zum Lauftreff gehen.
- Ich kann meinen Lebenspartner als Coach und Motivator beauftragen.
- Ich sollte beachten, was die Bewegung am eigenen Körper bewirkt (am Anfang vermutlich Muskelkater, später aber eine Zunahme der Fitness).
- Ich sollte mir keine Höchstleistungen als Ziel setzen (man muss nicht den Mount Everest besteigen).
- Verträge (mit mir selbst) einhalten, z.B. wirklich jeden Tag zumindest eine Runde um den Block laufen.
- Man kann sich Ziele setzen und sich etwas gönnen, wenn man diese erreicht, z.B. gönne ich mir das leckere Stück Schwarzwälder Torte in meinem Lieblingscafé, wenn ich die 3-Kilometer-Runde Walken ohne Pause schaffe.

Gleichermaßen wichtig wie schwierig: Regelmäßigkeit!

Und Regelmäßigkeit heißt nicht: Einmal im Monat, sondern mindestens zwei Mal die Woche! Nur dann entsteht ein Trainingseffekt!

Und wenn man über folgenden Satz des amerikanischen Sportmediziners Kenneth Cooper nachdenkt, fällt Sport treiben noch etwas leichter:

„Wer heute keine Zeit für Ausgleich und Bewegung findet, wird morgen Zeit für Krankheit reservieren müssen.“

Wie lautet also das Fazit:

So wie in der Steinzeit Bewegung wichtig zum Überleben war, ist sie heute auch noch wichtig für ein gesundes Leben. Auch und gerade für uns Lebertransplantierte. Wir müssen dabei nicht vorneweg laufen.

Es zählt beim Thema Bewegung und Sport der olympische Gedanke: Dabei sein ist alles!

Peter Hellriegel

P.S.: Ich danke Peter Kreilkamp von Transdia e.V. für seine zahlreichen Ideen, die er mir mit einem Vortrag zum gleichen Thema lieferte.

Psychische Belastungen von Angehörigen vor Lebertransplantation

Persönliche Erfahrungen einer „Betroffenen“

Mein Bruder hat Leberzirrhose. Leberzirrhose im Endstadium. Er liegt im Krankenhaus. Diese Nachricht per Telefon traf mich wie ein Blitz. Das war im Juni 2005, an meinem Geburtstag.

Zwei Tage zuvor war unser Nachbar und Freund gestorben. Plötzlich und unerwartet. Einfach umgefallen frühmorgens im Bad. Unter diesem Eindruck stand ich also, als ich von dem bedrohlichen Zustand meines jüngsten Bruders erfuhr. Ich konnte das nicht begreifen. So plötzlich?

Zurückgeblickt

Aber so plötzlich war das alles gar nicht. Noch eine Woche vorher waren wir alle zusammen gesessen, um den Geburtstag einer Cousine zu feiern. Ich saß am Tisch, meinem Bruder gegenüber. Er war gerade aus dem Urlaub zurückgekommen. Natürlich bemerkten wir seine dunkle Hautfärbung und auch die unförmigen, dick angeschwollenen Beine. Ja, er wird immer so schön braun – und die Wasseransammlungen in den Beinen? Das kommt noch vom langen Flug; das Sitzen im Flieger verträgt er wohl nicht so gut. Das alles schien uns logisch zu sein. Damals schon. Wir wussten es nicht besser. Unbegreiflich, aus heutiger Sicht.

Wie schlimm ist es wirklich?

Trotzdem hatte ich Angst und Sorge um meinen Bruder. Wir wussten um ein Alkoholproblem, wir wussten, dass die Leberwerte schlecht waren, dass er regelmäßig Medikamente nahm. Wie konnten wir dem Bruder helfen? Wir bemerkten natürlich auch seine Bewusstseinsstörungen. Immer machten wir den Alkohol verantwortlich für sein Verhalten. Die Schwere der Erkrankung war uns überhaupt nicht klar.

Dann also liegt der Bruder mit dieser schrecklichen Diagnose im Krankenhaus! Nach vorne schauen. Schuldzuweisungen bringen nichts. Unser Bruder braucht Hilfe und Unterstützung. Alles andere können wir später noch klären. So dachten wir.

In dieser Situation gibt es für mich nur eines: Ich setze mich in den Zug und fah-

re zu meinem Bruder. In der Klinik habe ich die Gelegenheit, mit dem Arzt zu sprechen. Mein Bruder ist einverstanden. Es ist ein sehr offenes, vertrauensvolles Gespräch. Die gesundheitliche Situation ist bedrohlich. Ich bin erschüttert, aber nicht mehr so verzweifelt. Die Wahrheit kann ich besser vertragen als diese Ungewissheit. Ich habe sogar ein gutes Gefühl: Jetzt ist mein Bruder in besten Händen. Endlich ist er im Krankenhaus und wird medizinisch betreut. Das nur ist wichtig.

Was kann ich tun?

Wie kann ich ihm helfen? „Liebe, Zuneigung und Vertrauen geben, Hoffnung wecken – mehr können sie nicht tun für ihren Bruder“, sagt der Arzt. Aufregung und Ärger vermeiden, nichts unversucht lassen, um Negatives abzuwenden und von ihm fernzuhalten. Ich verspreche meinem Bruder, sein Schutzengel zu sein. Schenke ihm ein Buch und eine Karte als Lesezeichen: „Die Tränen in deinen Augen küsse ich dir fort, ...“^{***} Es gibt immer einen Weg.

Erst ab diesem Zeitpunkt setze ich mich auseinander mit der Krankheit. Alles muss ich mir sehr mühsam anlesen. Die Informationen sind einfach zu neu und zu umfangreich. Wo nur soll ich anfangen? Dazu kommt, dass ich mich im medizinischen Bereich nicht auskenne, dass ich die Begriffe nicht kenne, alles verwirrt mich. Leberzirrhose, Leberhautzeichen, Lebertransplantation, Blutwerte, Blutgerinnung, Hämochromatose, Hepatische Enzephalopathie – alles neu und überhaupt nicht mein Ding. Bis heute nicht. Aber ich informiere mich, suche Material, knüpfe Kontakte, auch zu Betroffenen. Manchmal bin ich verzweifelt. Ich kann nicht verstehen, warum er noch mit dem Auto fährt. Ständig wirkt er durch Medikamente und die fortschreitende Hepatische Enzephalopathie wie betrunken, aber er trinkt ja keinen Alkohol mehr. Doch mein

Bruder fährt noch mit dem Auto! Ich kann bewirken, dass er das lässt. – Ein kleiner Erfolg! Ich bin zufrieden.

Krankenhausaufenthalte folgen. Nur dort kann man medizinisch wirksam helfen. Er wird auf die Transplantationswarteliste aufgenommen. Mein Bruder hatte unbedingtes Vertrauen zu seinen Ärzten, fühlte sich aufgehoben, freute sich auf die neue Leber. Er war optimistisch – wie immer in seinem Leben. Ein gutmütiger Mensch, ein herzenguter Kerl eben. Ungeachtet seiner Situation war er voller Optimismus, voller Humor und voll von grenzenlosem Vertrauen. Wie oft habe ich das bewundert an ihm. Diese menschliche Stärke. Er machte Pläne für die Zukunft. Wir waren glücklich darüber, sahen es als unsere Pflicht an, ihn bei allem zu unterstützen. Zu tun, was uns nur möglich war für ihn. Koste es, was es wolle.

Mein Bruder Thomas hat es nicht geschafft. Aber ich weiß, dass es für ihn wichtig war, dass die Familie immer für ihn da war, ihm Mut und Stütze geben konnte und nie die Hoffnung aufgegeben hat.

Nur zu gern wäre ich meinem Bruder noch näher gewesen. Ich wünschte mir, öfter bei ihm sein zu können. Ich wohne über 500 km weit entfernt, habe meine Familie, meinen Beruf, meine Verpflichtungen. Mehrmals besuchte ich ihn im Krankenhaus, meist fuhr ich mit der Bahn. Mir war es einfach wichtig,

*Kein Wort, keine Tat,
kein Gedanke
geht verloren. Alles bleibt.
Und trägt Früchte.**

ihm zu zeigen, wie nahe ich ihm stehe. Ich wusste, in der Klinik wird bestens gesorgt für ihn. Beinahe jeden Tag telefonierte ich mit ihm, sprach mit den Mitpatienten, mit denen er das Zimmer teilte. Ich wusste also immer Bescheid über seine jeweilige Befindlichkeit. Wir lachten viel, er war ein so fröhlicher Mensch.

Begleitung bis zum Schluss

Zwei Geschwister – Bruder und Schwester – wachen am Sterbebett des jünger-

ten Bruders, um ihm in seinen letzten Stunden nahe zu sein. So, wie sie ihn in den letzten Tagen seines Lebens, seit er auf der Intensivstation liegt, begleitet haben. Jetzt ist der Patient auf der Wachstation. Die neue Leber scheint nahe. Innere Blutungen treten auf, er hat keine Chance. Die Ärzte haben alles versucht. Wir hatten Hoffnung. Bis zum letzten Augenblick. Vier Personen am Sterbebett. Vier Angehörige. Auch mein Bruder und ich. Wir verlieren den jüngsten von uns. Im Schmerz sind wir beide vereint. Und doch erlebt jeder von uns die Situation anders. Wir hatten eine lange Zeit der Vorbereitung auf den Tod. Immer einfühlsam begleitet von Ärzten und Krankenschwestern. Der Tod kam also nicht unverhofft. Auch wenn es sehr, sehr wehtat, diesen Glauben an ein Wunder in letzter Minute zu verlieren. Diese Hoffnung darauf, dass unser Bruder das Glück hat, weiterleben zu dürfen mit einem neuen Organ.

Trauer und Bewältigung – wer hilft?

Natürlich schafft man es nicht allein. Den ersten Schritt aber, den muss schon jeder selber tun. Ich habe mich den Lebertransplantierten Deutschland e.V. zugewandt, weil ich in einer für mich ausweglosen Situation gerade von dieser Seite her Hilfe und Zuspruch bekam. Erst durch die Begegnungen und Gespräche ist es mir gelungen, aus meiner Trauer und Verzweiflung wieder in die Aktivität zurück zu finden. Ich erkannte, ich kann nicht alles nur zudecken und beiseite schieben, ich muss es bewältigen. Jedem Einzelnen, der mich seither auf meinem Weg begleitet hat, bin ich dankbar. Jeder Einzelne, den ich begleiten durfte, macht mein Leben wertvoller. Mein Leben und das meiner Familie. Ich spüre bei so vielen Begegnungen, was Zusammenhalt bewirken kann, welche Kräfte freigesetzt werden können, wenn man es wirklich will.

Bewältigung durch aktives Helfen

Anfangs war ich nicht der „Betroffene“ im eigentlichen Sinne. Ich bin nicht transplantiert. Jetzt gehöre ich dazu. Auf meine Art kann ich den Angehörigen gut helfen. Ich kenne dieses Gefühl der Ratlosigkeit, ich weiß, wie verloren und hilflos jemand ist, weil er nicht helfen kann. Die Verzweiflung ist mir nicht fremd, ich weiß aber auch, wie wichtig dieses ständige „dem anderen Mut machen“ ist. Ich kenne die Konflikte, die man auslöst, wenn man sich intensiv mit einer Leber-

die Tränen in deinen Augen
küsse ich dir fort
damit sie sich dort
nie zu Hause fühlen

das Bangen in deinem Herzen
schmelze ich
mit meiner Wärme für dich
damit du wieder
frei atmen kannst

das Ungewisse
erforsche ich mit dir
damit es seinen Schrecken
auf immer verliert

den Boden für alle deine
noch ungelebten Möglichkeiten
ebnen wir zusammen
damit du der Mensch sein kannst,
den du bist

deine sehnsuchtsvollen Flügel
werde ich dir nie stützen
ich werde dich tragen
wenn du sie ausbreiten
und fliegen willst

schreien sollst du
vor Glück
und wachsen
über dich hinaus... **

BE.

lebenspende beschäftigt. Wie sehr die vermeintliche Hilfeleistung die engsten Angehörigen erschreckt. Welche Ängste diese Bereitschaft auslöst und welche abwehrenden Reaktionen – beim Ehepartner, beim Kind. Wie viel Kraft es kostet, dabei die Verhältnismäßigkeit abzuwägen. Mit seiner Entscheidung ist man oft so sehr allein.

Trotzdem – das Positive sehen

Am Beispiel so vieler Transplantierten und ihrer glücklichen Familien sehe ich, dass alles, was man für den anderen tut, auch belohnt wird. In den meisten Fällen geht es gut aus für die Wartepatienten. Mein Antrieb ist die Betreuung der Menschen, denen es so ergeht, wie es meinem Bruder ergangen ist. Ich will wenigstens etwas dafür tun, dass sie ihr schweres Schicksal meistern können.

Meinem Bruder geht es gut. Er schaut auf mich, das weiß ich. Durch seinen Tod


bin ich als Mensch reifer geworden. Vieles ist unwichtig, nebensächlich. Weil ich weiß, es gibt Wichtigeres zu tun. Ich habe das Glück, mich in der Hilfe für andere einbringen zu dürfen. Das zu tun, was mir wichtig ist – auch mit der Unterstützung meiner Familie. Meinem Mann und meiner Tochter danke ich für ihren Trost, für ihr bedingungsloses Verständnis. Meine greise Mutter bewundere ich für ihre Kraft. Ich bin ein glücklicher Mensch. Jetzt wieder.

M. R.

(Autorin der Redaktion bekannt)

* gefunden als Grabinschrift

** Karte: foto-concepts, Garmisch-Partenkirchen
Wir danken für die Möglichkeit des kostenlosen Abdrucks.



Hinter der Wolkenwand
blühen die Sterne,
ewig in unsagbarer Pracht.

Hinter der Wolkenwand
ist goldenes Licht,
auch in dunkelster Nacht.

Hinter der Wolkenwand
ist die Ewigkeit,
in der alles Leid erlischt.

Hinter der Wolkenwand
wohnt der Frieden,
doch wir sehen ihn nicht.

Unbekannt

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.



Kräuter zum Genießen und Heilen

Würzen ist eine Kunst – und die geht weit über Pfeffer, Salz und Maggi hinaus. Kräuter sind un- widersprochen das Tüpfelchen auf dem i in jeder Küche, wenn es um das Würzen geht. Erst durch die Wahl des richtigen Kräutleins, fein dosiert, bekommen viele Speisen eine typische Geschmacks- note. Kräuter sind nicht nur von alters her eine unentbehrliche, den Geschmack verbessernde Zutat für unser Essen, son- dern sind als Heilkräuter der Gesundheit förderlich, denn sie helfen bei vielerlei Krankheiten. Zu jedem Kloster gehörte und gehört heute noch ein Kräutergarten, Hildegard von Bingen beschrieb ihre heilende Wirkung schon vor bald tausend Jahren. Die heilende Wirkung beruht meist auf den ätherischen Ölen, die auch extra- hiiert werden können. Kräuter können des- halb auf verschiedene Weise eingesetzt werden, ob als Tee, als Aufguss, als Extrakt, als Öle oder einfach frisch gepflückt oder getrocknet als Verfeinerung der Speisen. Schon allein ihr Aroma ist ein Erlebnis. Wer in südlichen Regionen einmal im Sommer oder Herbst über die Felder ge- wandert ist, kennt diesen betörenden Duft, der in der Luft liegt.

Petersilie, Liebstöckel und Kerbel sind hinlänglich bei uns bekannt und gängig. Heute wollen wir jedoch einige der wich- tigsten Kräuter der mediterranen Küche näher unter die Lupe nehmen und aus- probieren. Oft wenden wir sie an, ohne ihre Wirkstoffe und Wirkungsweise zu kennen. Konzentriert riechen und schme- cken sie in den „Herbes de Provence“.

Wohl dem, der ein Kräutergärtlein in Küchennähe oder einen Kräutertrog auf dem Balkon sein eigen nennen kann. Den anderen steht ein großes Angebot beim Gärtner oder auf dem Wochenmarkt zur Verfügung. Dabei sind Sorten, die unsere Großeltern noch nicht kannten, die aber durch die mediterranen Kochgepflogen- heiten inzwischen auch bei uns Einkehr und ihre Liebhaber gefunden haben, wie z.B. das Basilikum, die Königin der Kräu- ter.

Mit Kräutern würzen ist gesünder und bekömmlicher als salzen! Chronisch Le- berkranke, die aus bekannten Gründen Kochsalz meiden oder reduzieren müs- sen, bietet sich mit Kräutern eine gesun- de und genussreiche Möglichkeit zum Würzen – und das das ganze Jahr über, denn heute gibt es frische Kräuter aus dem Gewächshaus.

„Für jede Krankheit ließ der Herrgott ein Kraut wachsen“, sagt man. Jedes Kräut- lein hat seine spezielle Wirkung, die ge- zielt eingesetzt werden kann. Nicht weni- ge davon stärken das Immunsystem und werden wegen ihrer Wirkung z.B. in Hus- tenbonbons oder in Hustensaft verab- reicht.

Auch bei Kräutern gilt: Ausprobieren, individuell auf den eigenen Geschmack abstimmen – und nicht übertreiben. Dies gilt besonders bei der medizinischen An- wendung.

Guten Appetit!



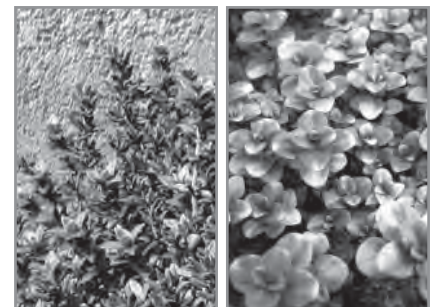
Basilikum (*Ocimum basilicum*)

Die Griechen gaben ihm seinen Na- men: basilicos = königlich, deshalb kennt man Basilikum auch als „Königskraut“, und es verdient diesen Namen, denn sein kräftig würziger Geschmack und intensiver angenehmer Duft sind unübertrefflich. Es gibt davon einige geschmackliche und optische Variationen. Verzehrt werden die frischen zarten Blätter, die nicht mitge- kocht werden sollten, denn dabei geht das Aroma verloren. Sie werden immer am Schluss dem Gericht beigegeben.

Besonders in der italienischen Küche ist Basilikum in vielen Speisen enthalten:

in der Minestrone, der Salsa verde, ferner an Fleisch- und Fischgerichten. Basilikum eignet sich besonders für Tomatengerich- te (z.B. Caprese = Mozzarella mit Tomate und frischen Basilikumblättern), Salate, Pasta (z.B. grüne Nudeln mit Basilikum- rahmsoße) und Pizza, als Kräuteröl und -essig. Vorzüglich für ein Pesto, frisch zer- kleinert und mit Olivenöl und Parmesan gemixt.

Die Wirkungen des Basilikums sind: schleimlösend, verdauungsfördernd, stim- mungsaufhellend und krampflösend. Ba- silikum wirkt beruhigend auf das Nerven- system. Basilikumtee wirkt bei Erkältun- gen schweißtreibend und schleimlösend. Es hat auch eine wohltuende Wirkung bei Magenbeschwerden, Blähungen und Ap- petitlosigkeit.



Thymian (*Thymus vulgaris*)

Schon die Urgroßmutter kannte ihn als Quendel, das Würzen mit Thymian aber ging fast verloren und erst durch die Ver- breitung der mediterranen Küche setzte er sich wieder durch. Der Thymian erfreut die Nase durch seinen herben Duft mit zarter, blumiger Note.

Es gibt einheimische Thymianarten und Sorten, die im Mittelmeerraum wach- sen. Die winterharten Sorten behalten ihren Geschmack auch in der kalten Jah- reszeit. Verwendet werden die kleinen Blätter oder auch ganze Zweiglein, z.B. zusammen mit Rosmarin und Salbei zum Einlegen eines Lammgerichtes oder als Kräuterbüschel in Hähnchen.

Die Verwendung von Thymian in der Küche ist vielfältig: Gibt besonders Schwe- inebraten und Lammfleisch die besonde-

re mediterrane Note. Zu Gemüse, Hackbraten, für Füllungen, Fleisch-, Wild- und Geflügelgerichte; zu Fleischbrühe und Schalentieren. Zitronenthymian passt besonders gut zu Geflügel, Fruchtsalat und Konfitüre.

Thymian stärkt die Nerven, behebt Ermüdungs- und Schwächezustände und stimuliert Psyche und Physis, ist also gut für das Immunsystem. Er wirkt schleimlösend, keimtötend, wird bei Lungenerkrankungen wie Bronchitis, Asthma und Reizhusten angewendet und hat eine ausgleichende Wirkung auf die Verdauungsorgane.



Salbei (*Salvia officinalis*)

Der Name leitet sich vom lateinischen „salvus“ für „gesund“ ab. Der Salbei wächst in üppigen Stauden mit an den Enden ausgebildeten blauen bis violetten Blüten und kann in jedem Garten an einem sonnigen Platz kultiviert werden. Er kam aus dem Mittelmeerraum zu uns, ist aber auch in unserer Region in verschiedenen wilden Formen zu Hause.

Würzig-strenges Aroma, kräftig herber Geruch, an Kampfer erinnernd, bitter aromatischer Geschmack kennzeichnen den Salbei, er enthält verschiedene ätherische Öle sowie Harze, Bitter- und Gerbstoffe.

Geeignet für Marinaden, Dips und Soßen, Fisch, zu Fleisch (Saltimbocca). Viele Geschmacksrichtungen wie z.B. Ananassalbei, Mandarinsalbei u.v.m.

Diese „Blätter des Wohlergehens“ sind vor allem schleimlösend, stärken allgemein, fördern den Kreislauf, krampflösend, wundheilend. In der Naturmedizin ist das Kraut ein Klassiker. Reinigt und desinfiziert das Zahnfleisch. Schweißhemmend, blutdrucksenkend und blutreinigend.



Oregano und Majoran, Dost (*Origanum vulgare*)

Die Älteren unter uns kennen bestimmt den Dost, den sog. wilden Majoran mit seinen rosa Blüten, den man auch bei uns bei Spaziergängen an Wegrändern, an Gebüsch und Waldrändern findet und der zwischen den Fingern zerrieben seinen angenehmen Duft entfaltet. Aber kein Vergleich zum Oregano aus der sonnigen Mittelmeerregion, denn Sonne braucht diese Pflanze allemal. Der Oregano soll von Aphrodite als Symbol der Freude geschaffen worden sein. Brautpaare wurden mit Oregano bekränzt, und später galt Oregano als sicheres Mittel, um die Liebe des Bräutigams zu erreichen. Mit seinem pikant feinen würzigen Aroma zählt Oregano mit zu den beliebtesten mediterranen Kräutern.

Oregano gibt vielen italienischen Gerichten die besondere Geschmacksnote und fehlt auf keiner Pizza oder Lasagne. Frisch oder meist getrocknet und gerebelt passt er besonders gut zu gekochten oder frischen Tomaten, zu Auberginen und Zucchini. Bereichert den Geschmack von Schweine- und Lammfleischgerichten, Fisch und Muscheln. Es schmeckt auch in Kräuterbutter – und ganz Spitze in einer Kartoffelsuppe.

Oregano/Dost hat desinfizierende und antibakterielle Eigenschaften, die besonders bei Husten und Atemwegserkrankungen zum Tragen kommen. In der Volksmedizin wird Dost bei Erkrankungen der Verdauungsorgane, wie Blähungen, Durchfall und Magenschmerzen, eingesetzt. Dost regt den Appetit an, kann bei Mund- und Rachenentzündungen helfen. Hilfreich auch bei Krämpfen, Asthma und Migräne sowie bei Unruhezuständen.



Rosmarin (*Rosmarinus officinalis*)

Diese nach oben strebende Staude findet man wild an den Küsten des Mittelmeeres. Den Ägyptern, Griechen, Römern und Juden war der Rosmarin heilig. Die Griechen weihten den Rosmarin der Aphrodite; Jungfrauen waren mit Rosmarin bekränzt. In heimischen Gärten war der Rosmarin, der schon zu Zeiten Karls des Großen in die Klostersgärten einzog, bis vor wenigen Jahrzehnten kaum zu finden. Heute wird er zur Frühjahrszeit von jedem Gartenmarkt in Töpfen angeboten. Ja, er überdauert sogar draußen, etwas geschützt, strenge Winter und erfreut durch seine zarten hellblauen Blüten. Sein intensiver, bitterwürziger Duft und starker Geschmack ist nicht jedermanns Sache, er ist geradezu eine Duftbombe!

Aus der internationalen Küche ist er nicht mehr wegzudenken, denken Sie nur an Rosmarinkartoffeln mit einem gegrillten Steak oder Hähnchen „an Rosmarin“. Aus der italienischen Küche ist Rosmarin nicht wegzudenken. Zu Teigwaren, Gemüse und in Soßen, zum Fleisch, Zicklein, Kalb, Kaninchen, aber auch an Fisch und Muscheln wird Rosmarin zusammen mit Wein und Knoblauch verwendet. Er gibt z.B. einem Lammgericht oder einem Hähnchen die typische Geschmacksnote. Rosmarinkartoffeln sind ein Gedicht. Öle und Essig werden damit gerne hergestellt.

Rosmarin ist ein Zauberkraut gegen viele Leiden! Wärmend, den Kreislauf fördernd, schweißtreibend, schleimlösend, verdauungsfördernd. Rosmarin enthält ätherisches Öl und wirkt ausgleichend auf Nerven und Kreislauf, hilft bei Erschöpfung, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen. Rosmarin regt die Gallen- und Magensaftproduktion an; er wirkt desinfizierend.

Josef und Hedi Theiss

Fotos: Josef Theiss

Wochenende der Begegnung

Für diejenigen, die nur wenig Zeit zum Lesen haben, sei in den folgenden Zeilen das Wichtigste zu dieser Veranstaltung zusammengefasst:

Der **Ort der Begegnung** wird am präzisesten beschrieben durch seine Koordinaten: 10 Grad 33 Minuten östliche Länge sowie 51 Grad 36 Minuten nördliche Breite – Einheimische nennen diesen Ort Bad Sachsa.

Der **Zeitraum der Veranstaltung** erstreckte sich von Freitag, dem 28.9.2007, 18 Uhr bis zum darauffolgenden Sonntag gegen 13 Uhr.

Der **Kreis der Teilnehmer** umfasste 22 Personen – 13 davon waren weiblichen Geschlechts, die restlichen 9 repräsentierten die einzige Alternative.

Die Kosten für das gesamte Wochenende betrugen 110 Euro für Vereinsmitglieder, Nicht-Vereinsmitglieder hatten einen Aufschlag von 10 Euro zu entrichten.

Falls nun doch noch ein paar Fragen offen bleiben, z.B. was unter dem Spiel „Der rasende Reporter“ zu verstehen ist, zu welchen Aktionen zwei junge Psychologinnen namens Claudia die Teilnehmer veranlasst haben oder auch, wie optimistische oder pessimistische Rentnergedichte aussehen können – wenn Sie also an der Beantwortung solcher Fragen interessiert sind, dann lesen Sie einfach weiter.

Unter dem „Rasenden Reporter“ versteht man ein Spiel zum gegenseitigen Kennen lernen. Erläutert wurde uns das von Karin Bernhardt, der Frau des gleichnamigen Veranstalters Dieter, nachdem wir am Freitag nach dem Abendessen unsere Stühle im Kreis aufgestellt und darauf Platz genommen hatten. Erwartungsvoll schauten wir Karin an, denn sie hatte soeben angekündigt, dass wir uns nun kennen lernen würden.

Das ging dann so: Jeder bekam ein Papier in die Hand, das nach Schachbrettart in 25 Felder aufgeteilt war, und auf jedem Feld stand eine andere Frage. Unsere Aufgabe bestand nun darin, auf irgendjemanden in der Runde zuzugehen, den man im Verdacht hatte, eine dieser Fragen mit „Ja“ beantworten zu können. Sieger sollte am Ende derjenige sein, der in einer bestimmten Zeit die größte Menge von Ja-Sagern aufgetrieben hatte.



Foto: privat

So kam es, dass binnen kurzem viele Menschen quer durch den Raum auf andere zustrebten und es erhob sich ein mächtiges Raunen und Fragestellen etwa der folgenden Art (kurz vorher war noch das allgemeine „Du“ vereinbart worden):

„Hast Du vielleicht schon mal etwas erfunden?“

„Bist Du vielleicht die, die noch nie mit dem Flugzeug geflogen ist?“

„Sag mal, hast Du nicht mehrere Enkelkinder?“

„Do you speak more than one language?“

Es dauerte nicht lange, da hatte nicht nur einer mehrere mit „Ja“ beantwortete Fragen vorzuweisen, und aus dem allgemeinen Stimmengewirr war tatsächlich ein gegenseitiges erstes Kennen lernen entstanden. Als sich dann alle wieder brav hingesetzt hatten, wurden die erfragten Fragmente noch durch eine Vorstellungsrunde ergänzt, die schließlich in ein allgemeines Gespräch mündete. Natürlich standen in dessen weiterem Verlauf zunehmend Fragen der Gesundheit von Transplantierten und (noch) Nichttransplantierten im Vordergrund.

Am nächsten Tag startete gleich nach dem Frühstück das Psych-Programm von und mit den beiden oben erwähnten Claudias, welches im vorher schriftlich verteilten Tagesablauf unter der harmlos klingenden Bezeichnung „Gesprächsgruppe“ angekündigt worden war. Tatsächlich hatten sich die beiden jungen Damen allerhand ausgedacht.

Es begann mit einer Aktion, die man „Meinungsäußerung durch Standpunkt-Wahl“ nennen könnte und die etwa so vor sich ging: Wir wurden aufgefordert, uns quer durch den Raum nach folgendem Muster aufzustellen: in die rechte hintere Ecke sollten sich die begeben, die die weiteste Entfernung nach Bad Sachsa zurückgelegt hatten, während die linke vordere Ecke für diejenigen reserviert war, deren Anfahrt nur ein Katzensprung gewesen war. So entstand eine menschliche Raumdiagonale, und natürlich ergaben sich daraus spontane Gespräche, beispielsweise dann, wenn Nebeneinanderstehende feststellten, dass sie zwar die gleiche Entfernung nach Bad Sachsa zurückgelegt hatten, möglicherweise aber aus völlig verschiedenen Richtungen.

Einmal in Schwung, ließen uns die beiden Claudias jetzt nicht mehr zur Ruhe kommen, sondern schlossen eine weitere Aufgabe gleich an: Diesmal wurde ein Papier mit der Aufschrift „Alles wird gut“ in den Raummittelpunkt gelegt und die gegensätzlichen Zimmerecken standen jetzt für „Zustimmung“ oder „Ablehnung“. Flugs geriet unsere Gruppe in neue Bewegung, und es zeigte sich bald, wer für das optimistische „Prinzip Hoffnung“ stand, während andere eine eher skeptisch-realistische Haltung bevorzugten.

Natürlich war das daraus resultierende Gruppengespräch geprägt von den unterschiedlichen Krankheitsgeschichten der Anwesenden, am Ende aber konnten

eigentlich alle mit der folgenden Spruchweisheit etwas anfangen, die ein Teilnehmer aus Bayern zuerst zitiert hatte: „Oh Herr, gib mir die Kraft, die Dinge zu ändern, die ich ändern kann, gib mir die Geduld, die Dinge zu ertragen, die ich nicht ändern kann, und gib mir die Weisheit, zwischen beidem unterscheiden zu können!“

Wie gesagt, Einigkeit bestand zwar in der positiven Beurteilung dieser Lebensregel, nicht aber, was deren Erfinder betraf – hier gingen die Meinungen von Plato (427–347 v. Chr.) über Seneca (0–65 n. Chr.) bis hin zu Franz von Assisi (1182–1226), was immerhin einer Meinungsverschiedenheit von insgesamt 16 Jahrhunderten entspricht.

Schwer zum Nachdenken brachten uns die Claudias, als sie anlässlich einer weiteren Gruppenarbeit dazu aufforderten, über Strukturen unseres bisherigen Lebens nachzudenken; das war sicher nicht für jeden einfach, und mancher mag es deshalb begrüßt haben, dass das nächste Motto lautete: „Kreatives Arbeiten mit Leim und Farbe – macht, was ihr wollt!“

Gegen Ende des Begegnungs-Wochenendes trug ein Teilnehmer ein nicht von ihm, sondern von einem gewissen B.L. Czelinski verfasstes Gedicht mit dem Titel „Rentnerdasein“ vor, was insofern seine Berechtigung hatte, als ein hoher Prozentsatz der Teilnehmer eben diesem Personenkreis zuzuordnen war. Die eher negative Grundstimmung dieses Gedichts stieß zwar auf breite Zustimmung, jedoch

war zumindest einer der Zuhörer (er ist übrigens mit dem Verfasser dieses Berichts identisch) nicht ganz einverstanden und ließ sich deshalb zu einem Alternativ-Gedicht hinreißen.

Im Sinne einer ausgewogenen Berichterstattung werden hier beide Gedichte abgedruckt.

Rentnerdasein (I)

*Fast vierzig Jahre treu geschuftet,
jetzt soll es in die Rente gehen,
riech mal, wie die Freiheit duftet,
den Wunsch kann jeder gut verstehen.*

*Doch leider schlägt die Türe zu,
denn der Arbeitskraft Rendite,
die man erhofft in seiner Ruh',
entpuppt sich nun als Niete.*

*Was der Staat Dir einst versprochen,
weil das Geld ganz plötzlich fehlt,
wird nun einfach mal gebrochen,
was der Rentner nicht versteht.*

*Denn für den Staat lebst Du zu lange,
für ihn bedeutest Du nur Kosten,
Dir wird vor'm Älterwerden bange,
denn Du bist kein aktiver Posten.*

*Gesellschaftlich bist Du nichts wert,
musst trotzdem noch für alles zahlen,
nur einmal wirst Du noch begehrt,
wenn Du gerufen wirst zu Wahlen!*

So, nun kann sich jeder seinen eigenen Reim aufs Rentnerdasein machen. Auf jeden Fall gilt für Rentner und Nichtrentner, dass auch das diesjährige „Wochenende der Begegnung“ wieder ein Erfolg war, vor allem dank der mittlerweile bewährten Organisation der beiden Bernhards.

Rentnerdasein (II)

*Das mag es tatsächlich geben,
die Rente erst nach langen vierzig Jahren
voll Arbeit – doch solch schweres Leben,
das hat so mancher nicht erfahren.*

*Ich kenne da zum Beispiel Leute,
die lang studierten, ohne allzu viel zu
machen,
und die mit achtundfünfzig heute
als frühe Rentner die, die arbeiten,
auslachen.*

*Sie freuen sich erkennbar ihres Lebens
und werden, wenn sie nicht grad
rauchen, 90 Jahr'.*

*Ich fürchte, unsre Kinder hoffen einst
vergebens,
dass es bei ihnen läuft genauso
wunderbar.*

*Drum, liebe Rentner, lasst Euch nicht
verdrießen,
denn Ihr gehört zu einer guten Genera-
tion,
was später kommt, das kann man nie-
mals wissen,
vorläufig gilt jedoch: „Ihr packt es schon!“*

Reinhard Georgi

5 Jahre Kontaktgruppe Bremen Gruppe ist fest in der Klinik verankert

Fünf Jahre ist es nun her, dass bei einem Treff der Mitglieder in Bremen Frau Dorit Schmidt sagte, ihr Ehemann Udo würde ja gerne als Ansprechpartner in Bremen tätig sein – leider sei er nach seiner Transplantation noch im Krankenhaus. Zum Glück wurde er kurz danach entlassen und übernahm die Aufgabe als Ansprechpartner in Bremen mit großer Freude und viel Elan.

Er nutzte seine Kontakte zur Klinik und bald entwickelte sich eine hervorragende Zusammenarbeit mit Professor Dr. Arnold und den anderen Mitarbeitern/innen des Klinikums Mitte. Sehr gute Kontakte hat Udo Schmidt auch zu Kliniken und Ärzten



Udo Schmidt und die Gruppe Bremen feiern 5-jähriges Bestehen im Konferenzraum des Klinikums Bremen Mitte.

in der Umgebung und in Bremerhaven aufgebaut. Regelmäßig finden seither Treffen statt, immer wieder führt Udo Patientenseminare in Zusammenarbeit

mit Pharmaunternehmen und der Klinik durch, so dass er eine bekannte Persönlichkeit in der Bremer „Transplantations-szene geworden ist.

Natürlich ist in dieser Zeit auch die Gruppe gewachsen und so sind heute manchmal 20 und mehr Mitglieder und Interessierte bei den Gruppentreffen, um Neues zu erfahren oder über ihr Erleben zu sprechen und einander zuzuhören. Am 23.2.2008 hat der Bundesvorstand sich bei Udo Schmidt bedankt und ihm Kraft und Freude für sein weiteres Wirken gewünscht.

Peter Mohr

Foto: privat

Elftes Pflegesymposium in Mainz

Zum 11. Mal trafen sich am 11.10.2007 Pflegende aus allen Transplantationszentren Deutschlands, um neue Aspekte in der Transplantationspflege und -medizin vorzustellen und zu diskutieren.

Eröffnet wurde das Symposium von Petra Hecker, 1. Vorsitzende und Krankenschwester in der Berliner Charité. Sie bedankte sich besonders bei Prof. Gerd Otto, Uniklinik Mainz, der sich für die Veranstaltung, im Rahmen des Kongresses der Transplantationsgesellschaft, stark gemacht hatte.

Die folgende Zusammenfassung kann nur einen Einblick in einige der allesamt interessanten Vorträge geben.

Gerhard Schwarzmann, u.a. Fachkrankenschwester der Organspender und Transplantierten, bezeichnete die Intensivstation als „Nadelöhr im Rahmen der Organspende und der Transplantationsmedizin“ und das therapeutische Team als das dazu gehörende Herz.

Mit erweiterten Spenderkriterien, z.B. im Durchschnitt immer älteren Spendern, wachsenden Wartelisten, kränkeren Empfängern, langen Ischämiezeiten wüchsen die Herausforderungen an das Pflegepersonal. Wichtig war ihm, darauf hinzuweisen, dass Organspender die gleiche Zuwendung benötigen wie die Empfänger.

Organspende – kurzfristige Verbesserungsmöglichkeiten

- Beteiligung einer in Gesprächsführung fortgebildeten Bezugsintensivpflegekraft am Angehörigengespräch
- Bereitstellung von geeigneten Räumlichkeiten für das Angehörigengespräch
- Gemeinsames Intensivsimulatortraining
- Regelmäßige gemeinsame Fortbildungen
- Verminderung des Kreislaufversagens
- Eine verbesserte evidenzbasierte Intensivtherapie

Zum Abschluss seines Vortrags stellte er die Frage:

„Was können wir also tun?“

Schlüsselvoraussetzung zur Steigerung der Organspende in der Zukunft sei die Implementierung von evidenzbasierter In-

tensivpflege und Intensivmedizin im Organspendeprozess im Krankenhaus. Die Krankenpflegekräfte auf der Intensivstation hätten bei der Verbesserung und Erhöhung der Organspende eine zentrale Rolle.

Braucht der Spender eine Narkose?

Darüber sprach **Johanna Kleist**, Fachkrankenschwester am Universitätsklinikum Heidelberg. Anästhesie bedeute Unempfindlichkeit gegen Schmerz, Temperatur und Berührungsreize. Hirntod definiere man als den Tod eines Individuums durch Organtod des Gehirns. Der Hirntod sei ein irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen. Um einem lebensbedrohlich erkrankten Menschen zu helfen, müsse man ein Überleben der Spenderorgane sichern. 70–80 % aller Hirntoten versterben innerhalb von 3–5 Tagen an Multiorganversagen und Herz-Kreislauf-Stillstand. Mit Eintritt des Hirntodes gehe die hemmende Wirkung des Hirnstammes auf das Rückenmark verloren. Deshalb würden Reflexe auf spinaler Ebene ausgelöst werden.

Auf Angehörige und Personal können spontane Reflexbewegungen eines Hirntoten befremdlich wirken. Um diese Reflexe zu unterdrücken und auch um optimale Entnahmebedingungen zu schaffen, würde daher eine Muskelrelaxierung durchgeführt. Zusätzlich verabreiche man am Uniklinikum Heidelberg deshalb Opiate.

Anschließend schilderte Frau Kleist das operative Vorgehen einer Explantation. Eine Organentnahme stelle für das gesamte Team jedes Mal eine extrem große psychische Belastung da. Ein Faktor sei hier auch die mangelhafte Kommunikation und Information.

Trotzdem freue man sich über jedes Feedback, wie dankbare Empfängerbriefe. In Heidelberg würden im Jahr ca. 20 Explantationen durchgeführt.

„Zwei Leben, drei Herzen – vom Olymp zum heiligen Berg“, benannte **Hartwig Gauder**, ehemaliger Leistungssportler und Architekt, seit vielen Jahren herztransplantiert, seinen Vortrag. Der einstige Olympiasieger von 1980 in Mos-

kau, erkrankte an einer Myokarditis, einer Herzmuskelentzündung. Diesen Zustand sah er als den größten Wettkampf in seinem Leben an.

Sein Motto hieß von jetzt an: „Nutze die Chance und nehme die Herausforderung an.“ Das Ziel war es, den Krankenhausaufenthalt zu meistern und so schnell wie möglich wieder auf die Beine zu kommen.

Der Optimist appellierte an jeden Betroffenen an mehr Eigeninitiative und Eigenverantwortung. Jeder sei für sein eigenes Leben verantwortlich. Dies ermögliche es, durch bewusstes Handeln Eindrücke im Geist aufzubauen, die zu Glück führen und künftiges Leid vermeiden.

Der Sport ist auch nach seiner Transplantation sein Lebenselixier. 1998 bestieg er sogar den Fujiyama. „Bewegen statt belasten“, lautet seine Devise. „Gesundheit besitze ich nicht, ich muss sie mir täglich neu erarbeiten. Dann komme ich aus der Dynamik des Lebens zum Erfolg.“

Werner Heckert, Pflegefachkraft der Uniklinik Heidelberg berichtete über die Schmerztherapie des transplantierten Patienten. Der Schmerz sei eine sehr subjektive, individuelle Empfindung. Die Intensität des Empfundenen bliebe sehr unterschiedlich.

Bei Lebertransplantierten spreche man vom postoperativen, akuten Nozizeptionsschmerz (Wahrnehmung eines Schmerzreizes), den Viszeralschmerz, der von tief, kolikartig, dumpf bis drückend empfunden würde. Verstärkt werden könne dieser Schmerz durch große Wasseransammlungen, die auch zum Spannungsgefühl der Haut führen können.

Es gäbe keine großen Unterschiede in der postoperativen Akutschmerztherapie gegenüber anderen viszerale Eingriffen. An der Uniklinik Heidelberg erfolge die Schmerztherapie nach internationalem Expertenstandard. Die kombinierte Schmerztherapie, bestehend aus einem peripher wirkenden Analgetikum und einem Opioid, hätte sich bei Lebertransplantierten bewährt.

Martina Siems, Transplantationskordinatorin von der Charité Berlin, plä-

dierte für eine gute Kommunikation und Information zwischen Patienten und Transplantationszentrum. Die endgültige Nachricht, dass eine Transplantation unausweichlich ist, trafe den Patienten stark. Damit verbunden sei eine Aufnahme in der Warteliste. Ein gutes Informationsge-

spräch zu Erreichbarkeit, Ablauf der Wartezeit und zu Aufgaben in der Wartezeit (z.B. MELD score) könne dem Patienten die Geduldprobe erleichtern.

Auch nach der Ltx bestehe ein hoher Kommunikationsbedarf. Guter Kontakt hätte auch auf Seiten der Helfenden (Pfle-

gepersonal, Ärzte, Administration und andere) Auswirkungen. Die Zufriedenheit der Patienten führe zur Zufriedenheit auf beiden Seiten.

Mariele Höhn

Die kranke Leber

Wie erkennen, welche Ursachen, wie behandeln?

Informationsveranstaltung am 15. Dezember 2007 im Uniklinikum Ulm



Fotos: Josef Theiss

In einer Bevölkerung von der Größe des Landes Baden-Württemberg erreichen täglich mehr als 50 Leberkranke das fortgeschrittene Stadium der Leberzirrhose (Schrumpfleber). Betroffenen und Interessierten wurde deshalb mit einer öffentlichen Veranstaltung unter dem Motto „Die kranke Leber“ – wie erkennen, welche Ursachen, wie behandeln? am 15. Dezember 2007 im Hörsaal des Zentrums für Innere Medizin am Universitätsklinikum Ulm die Gelegenheit gegeben, sich durch Vorträge von Experten ausführlich zu informieren.

Wieder einmal hat sich die Zusammenarbeit der Hepatitis- und Leber-Selbsthilfe Baden-Württemberg und dem Verein Lebertransplantierte Deutschland e.V. bewährt in der Aufklärung Betroffener und Interessierter über Lebererkrankungen, deren Symptome, die Diagnosen und die aktuellen Therapien.

Konnte bisher schon die Erfahrung gemacht werden, dass solche Angebote gerne genutzt werden, hat sich dies auch bei der Veranstaltung in der Medizinischen Klinik auf dem Ulmer Eselsberg bestätigt, denn zahlreich war die Schar der Teilneh-

mer. Schon beim Aufbau der Infostände wurde das ausgelegte Informationsmaterial studiert und mitgenommen. Am Stand unserer Patientenorganisation standen Ansprechpartner der Region Andrea Schilling, Gerhard Kaufmann mit Frau Gabriele und Josef Theiss für Fragen zur Verfügung. Es konnten dabei auch einige Mitglieder des Vereins begrüßt werden.

Leberspezialisten der Klinik sowie ambulant tätige Internisten gaben einen Einblick in moderne Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. Wissenschaftlicher Leiter dieser Patientenveranstaltung war der Ärztliche Direktor der Inneren Medizin I Prof. Dr. Guido Adler, moderiert wurde sie von Dr. Nektarios Dikopoulos. Die Referenten behandelten die wesentlichen Ursachen für eine „kranke Leber“ und zeigten Wege auf, wie diese behandelt werden kann. Wie entscheidend sind die Leberwerte, wie wichtig die Viruslast? Welche Bedeutung haben Fibroscan* und Mini-Laparoskopie**? Fragen, die bei den Vorträgen von Oberarzt PD Dr. Hasan Kulaksiz und Dr. Stefan Klatt von der Schwerpunktpraxis Ulm beantwortet wurden. Außerdem präsentierte Maren Müller,

Studentin an der Uni Karlsruhe, die Ergebnisse ihrer Bachelorarbeit zum Thema „Welchen Einfluss hat regelmäßige sportliche Betätigung auf die Hepatitis?“.

Über den Stand der Lebertransplantation heute und eigene Erfahrungen im Laufe der Wiederherstellung der Gesundheit durch die Transplantation referierte für die Lebertransplantierten Josef Theiss.

Eine erfolgreiche Veranstaltung, die zur Wiederholung an anderen Orten ermutigt. So haben die Vertreter der Patientenverbände geplant, im Lauf des Jahres 2008 weitere Arzt-Patienten-Seminare in ähnlicher Form an baden-württembergischen Kliniken mit hepatologischem Schwerpunkt zu organisieren. Sie sehen dies auch als wichtigen Beitrag zur Prävention. Denn je früher eine Lebererkrankung erkannt wird, desto größer sind die Chancen der Heilung.

Josef Theiss

* Bildgebende Diagnosemethode, um den Zustand der Leber über die Aussage der Laborwerte hinaus bewerten zu können.

** Minimalinvasive Methode unter Ultraschallkontrolle.

Kontaktgruppe Ostalb:

Jahresabschluss im Aalener Weihnachtsland

Erfahrungsaustausch und gegenseitige Hilfestellung stehen bei den Unternehmungen der Lebertransplantierten Deutschland e.V. an erster Stelle. Zum Jahresende hatte Gerhard Kaufmann die Mitglieder und ihre Angehörigen und Freunde am Samstag, den 8. Dezember 2007 nach Aalen eingeladen. Der besinnliche Krippenweg durch die Aalener Innenstadt war das Motto. 40 schöne Krippen konnten in den Schaufenstern der Geschäfte angeschaut werden. Die zahlreich gekommenen Mitglieder und Angehörigen konnten dann, mit einem Plan versehen, einzeln oder in Gruppen, die Route ablaufen. Nebenbei wurde noch ein kleiner Teil vom Weihnachtsmarkt gestreift. Leider wurde es zunehmend kälter und wir beschlossen, den



Rundgang nicht auszudehnen. Der Abschluss mit einem gemeinsamen Abendessen fand im Gasthof Adler in Aalen-Treppach statt.

Herr Kaufmann (Foto) gab nach der kurzen Begrüßung einen kleinen Jahresrückblick. Anschließend wurde für alle Organspender, die Wartepatienten und die Verstorbenen eine Gedenkminute gehalten. Vor dem Essen berichtete Gerhard Kaufmann von Schülerinnen einer Schulklasse in Hüttlingen. Diese hatten sich für eine Präsentation mit Dokumentation das Thema Lebertransplantation ausgewählt. Er hatte sie tatkräftig unterstützt und mit viel Infomaterial versorgt. Ein Exemplar der Dokumentation hatte er zur Ansicht mitgebracht. Profis könnten es nicht viel besser machen. Nach dem Essen zeigten uns Melanie Kaufmann mit Freund Boy-Patrick Vöhringer einen Rückblick in Bildern und Schnappschüssen, per Laptop auf Leinwand. Sie zeigten die Treffen am 23. Juni auf dem Rechberg und am 13. Oktober in Fachsenfeld. Anschließend sangen wir noch zwei Weihnachtslieder. Familie Kaufmann verteilte an alle Anwesenden eine mit viel Liebe und allerlei



Foto: Gerhard Kaufmann

kleinen Geschenken gepackte Tragetasche, die ebenfalls mit Infomaterial und Spenderausweisen zur Verteilung ausgestattet war. Ein Gedichtvortrag und eine Weihnachtsgeschichte rundeten den Abend ab. Mit allen guten Wünschen für einander zum Abschied und auf ein gesundes Wiedersehen im neuen Jahr wurde der Tag beendet.

Helmut Ryll

Erstes Kontaktgruppentreffen an der Uniklinik in Regensburg

Am 15. Februar 2008 trafen sich bei strahlendem Sonnenschein und eisiger Kälte über 30 Personen zu einem ersten Gruppentreffen in der Cafeteria der Klinik. Anlass zu diesem geplanten Neuanfang ist die Größe der jetzigen Gruppe Oberfranken/Oberpfalz. Sie umfasst inzwischen über 100 Personen und ein großer Teil stammt inzwischen aus dem Regensburger Raum. Für diese Betroffenen ist es uns nun ein Ziel, den weiten Weg zu den Gruppentreffen, die für den Raum Oberfranken/Oberpfalz regelmäßig in Kötzersdorf bei Kemnath stattfinden, zu verkürzen und ihnen die Möglichkeit zu geben, in der nächsten Umgebung ihres Transplantationszentrums eine/n Ansprechpartner/in zu fin-



den, um regelmäßig mit Mitbetroffenen in Kontakt treten zu können. Selbstverständlich steht es jedem Einzelnen offen, an welchen Gruppentreffen er teilnehmen möchte. Auch unsere Vorsitzende Frau Jutta Riemer hat den weiten Weg auf sich genommen und alle Teilnehmer recht herzlich willkommen geheißen. Unser Ansprechpartner Herbert Schreurs bedankte sich auch für die rege Teilnahme und versprach in Zusammenarbeit mit dem Vorstand, jederzeit unterstützend mit zu helfen, sollte es gelingen, eine/n neue/n Ansprechpartner/in speziell für den Raum Regensburg zu finden.

Angelika Fiebig

Foto: privat

Neuer Ansprechpartner in Görlitz

Mit diesen Zeilen möchte ich mich dem Vorstand und allen anderen Ansprechpartnern, besonders denen in Sachsen, vorstellen.

Als neuer Ansprechpartner für Lebertransplantierte und Wartepatienten habe ich mich bereit erklärt, im östlichsten Teil unserer Republik, in Görlitz, ab Januar 2008 aktiv zu werden.

Ausgangspunkt war das erste Treffen Lebertransplantierten und Wartepatienten im Mai 2007 in Hannover. Dort hatte ich erste Kontakte mit den Verantwortlichen, dem Verein Lebertransplantierten Deutschland e.V., Lebertransplantierten und Wartepatienten. Das war der Ausgangspunkt für die Bereitschaft zur Mitarbeit. Meine Hilfe bot ich gleich einem Ber-

liner Wartepatienten an, den ich dort kennen gelernt hatte. Bis zu dessen Transplantation habe ich diesen Patienten im Januar 2008 begleitet und eine weitere Betreuung vorgeschlagen.

Zu meiner Person: Ich bin jetzt 66 Jahre alt, verheiratet und habe zwei erwachsene Söhne. Beruflich war ich im Bereich der Gastronomie und als Berufsschullehrer im Einsatz.

Ich wurde 2000 in der MHH in Hannover transplantiert (PBC). Nachdem ich wieder so halbwegs gesundheitlich hergestellt war, interessierten mich weitere Fälle von Patienten mit einer neuen Leber.



So haben wir hier in Görlitz eine kleine Selbsthilfegruppe aufgebaut. Besonders in den ersten Jahren waren hier unsere Zusammenkünfte besonders wichtig. Meine Aufgabe sehe ich besonders darin, als Ansprechpartner in Görlitz bekannt zu werden, damit Hilfesuchende die Möglichkeit bekommen, Kontakt zu Mitbetroffenen herzustellen. Dazu habe ich die Verbindung zu Ärzten und Kliniken aufgenommen.

Karl-Heinz Bertulat

Foto: privat

VERMISCHTES

Vereinsvorstand und Redaktionsteam der „Lebenslinien“ freuen sich über Leserbriefe, die eine Resonanz auf unsere Arbeit darstellen. Das Redaktionsteam behält sich jedoch das Recht vor, eine Auswahl zu treffen und Leserbriefe eventuell auch nur auszugsweise zu veröffentlichen.

Trauer und Dankbarkeit

18.2.2008

Hallo Frau Riemer,

habe mittlerweile die Unterlagen der Selbsthilfe erhalten. Möchte mich dafür bei Ihnen ganz herzlich bedanken. Fand die „Lebenslinien“ schon immer sehr interessant und habe sie gerne gelesen. Das Thema interessiert mich immer noch sehr, und es ist schon toll, was es auf dem Gebiet ständig an Neuerungen gibt.

Ich möchte gerne den Kontakt erhalten, es ist irgendwie ein Teil meines Mannes. Ich finde es ganz erstaunlich, wie sich die Selbsthilfe über die Jahre entwickelt hat, und das alles auf ehrenamtlicher Ebene. Ein ganz großes Lob!!!

Mir geht es heute wieder gut, nach dem schlimmen Verlust. Die Zeit hilft doch, alles leichter zu ertragen. Ich bin sehr, sehr dankbar, dass meinem Mann durch die neue Leber fast 19 Jahre Lebenszeit geschenkt wurden. Obwohl seine Uhr schon 1986 drohte abzulaufen.

Ich wünsche der Selbsthilfe alles Gute und liebe Grüße

Erika Römer

Adressen Fachbeiräte

Ärztlicher Fachbeirat

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

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

Prof. Dr. med. Dieter C. Broering, Universitätsklinikum Kiel, Chirurgische Klinik, Transplantationschirurgie

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

Prof. Dr. K. Caca, Klinikum Ludwigsburg, Gastroenterologie/Hepatologie

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

Prof. Dr. Guido Gerken, Universitätsklinikum Essen, Klinik für Gastroenterologie und 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. M. Katschinski, Diakonie-Krankenhaus, Bremen, Hepatologie

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

Prof. Dr. A. Königsrainer, Universitätsklinikum Tübingen, Transplantations-Zentrum

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

Prof. Dr. med. K.-P. Maier, Leberzentrum Kliniken Esslingen a.N., Hepatologie

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

Prof. Dr. med. Björn Nashan, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Chirurgische Klinik, Transplantationschirurgie

Prof. Dr. Peter Neuhaus, Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, Transplantationschirurgie

Prof. Dr. med. G. Otto, Universitätsklinik Mainz, Transplantations-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. Utz Settmacher, Universitätsklinikum Jena, Chirurgische Klinik, Transplantationschirurgie

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

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

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

Pflege Lebertransplantierter

Ellen Dalien, Chir. Universitätsklinik Heidelberg, Transplantations-Zentrum

Psychologie

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

Geistlicher Beirat

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

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

Impressum

Lebenslinien

Informationen der Lebertransplantierten
Deutschland e.V.
Ausgabe 2/2008

Herausgeber:

Lebertransplantierte 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:

Sparkasse Heidelberg
BLZ 672 500 20, Konto 6 602 495

Redaktion:

Jutta Vierneusel (verantwortlich)
Ernst Eberle, Ulrich Kraus, Renate Pauli,
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:

WDW Druck, Leimen

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

Pharmazeutische Industrie

- Astellas GmbH
- Dr. Falk Pharma GmbH
- Fresenius Biotech GmbH
- Genzyme GmbH
- Novartis Pharma GmbH
- Roche Pharma GmbH
- Wyeth Pharma GmbH

Krankenkassen

- AOK Bayern

Unseren Mitgliedern und Gönnern

- Color-Druck, Essen
- CVJM Remscheid

- Axel Dawedoit
- Trauerfall Annemarie Dincher
- Michael Fuhrmann
- Alfred Irmeler
- Trauerfall Gustav Kulpe
- Klaus Leitz, Ditzingen
- Kreissparkasse Limburg
- Barbara Lork
- Landkreis Osnabrück
- Trauerfall Vincenzo Romano
- Stadtparkasse Wuppertal

Auch allen anderen Spendern danken wir für ihre Unterstützung.

**Sie wollen etwas tun?
Wir brauchen Hilfe!**

Wenn Sie unseren Verband mit Ihrer Mitarbeit unterstützen wollen,
melden Sie sich:
Tel. 0 79 46/94 01 87
info@lebertransplantation.de

Termine 2008

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.

31.8. – 7.9.2008	5. Europäische Spiele der Transplantierten und Dialysepatienten in Würzburg
12. – 14.9.2008	Zentrales Seminar für Ansprechpartner LD e.V. in Würzburg
22.9.2008	Wartepatiententreffen mit dem Ltx-Zentrum Heidelberg
27. – 28.9.2008	Radtour Tübingen-Bodensee Tx-Zentrum Tübingen und TransDia e.V.
10. – 12.10.2008	Wochenende der Begegnung (Eichsfeld, Thüringen, Nähe Kassel)
16.10.2008	Wartepatiententreffen mit dem Ltx-Zentrum Frankfurt
22.10.2008	Wartepatiententreffen mit dem Tx-Zentrum Tübingen
23.10.2008	Wartepatiententreffen mit dem Ltx-Zentrum Homburg/Saar
24.10.2008	Young-Ltx-Treffen für junge Lebertransplantationspatienten in Heidelberg
26.10.2008	Patientenveranstaltung mit dem Tx-Zentrum Hamburg
8.11.2008	Patientenveranstaltung mit dem Ltx-Zentrum Heidelberg
19.11.2008	Wartepatiententreffen mit dem Ltx-Zentrum München Groß-Hadern
29.11.2008	Patientenveranstaltung mit dem Ltx-Zentrum Regensburg
14.3.2009	Mitgliederversammlung und Jahrestagung in Mainz
6. – 13.6.2009	Gesundheitswoche in Röbel an der Müritz

Weitere aktuelle, vor allem regionale Termine zu Veranstaltungen auf unseren Internetseiten unter www.lebertransplantation.de. Die Sportveranstaltungen werden von TransDia e.V. organisiert und sind offen für alle Transplantierten und Dialysepatienten. Infos unter www.transdia.de



... wie werde ich Mitglied?

Mitglied

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

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. 6 602 495, BLZ 672 500 20
bei der Sparkasse Heidelberg

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

bitte hier abtrennen oder kopieren

Beitrittserklärung

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

☐ **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 bin mit jährlichem Bankeinzug einverstanden.

Konto Nr.

BLZ

Bank

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

E-Mail-Adresse:

Der Beitrag im Eintrittsjahr wird quartalsweise berechnet.

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

Der Schirmherr



Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckard Nagel

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

Chefarzt im Bereich Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Chirurgisches Zentrum, Klinikum Augsburg

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
bernhardt.haan@freenet.de



**Kassenwart + Schriftführer
Gerhard Heigoldt**

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

Den Vorstand unterstützend mit Sonderaufgaben:

Ansgar Frischkemuth
Mariele Höhn
Ulrich Kraus
Maren Otten
Gabriele Sanden
Josef Theiss
Dr. Ulrich R. W. Thumm
Jutta Vierendeuse



**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**

Alter Postweg 2a, 30938 Burgwedel
Tel. (0 51 39) 982 79 30, Fax 984 05 33
eitrowe@t-online.de



**Beisitzerin
Birgit Schwenke**

Herbecker Str. 22
42477 Radevormwald
Tel. (0 21 95) 6 92 31, Fax 93 39 80
bsschwenke@yahoo.de

Lebertransplantierte 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
Nordfriesland/Schleswig **Magdalena Ebsen**, Tel. (0 46 61) 23 83

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
Osnabrück * **Margret Smit**, Tel. (0 54 01) 4 00 03,
margret@smit-net.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 * **Siegfried Maaß**, Tel. (0 33 02) 22 13 50
siegma40@hotmail.com
* **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

Mecklenburg-Vorpommern

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

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
Görlitz **Karl-Heinz Bertulat**, Tel. (0 35 81) 7 83 71
karl-heinz.bertulat@freenet.de
Südl. Sachsen **Manuela Korte**, Tel. (0 37 21) 8 62 56

Thüringen

Erfurt * **Katharina Schönemann**, Tel. (03 62 06) 26 800,
Kat-Schoenemann@t-online.de
Jena * **Uwe Henning**, Tel. (0 36 41) 42 52 84
uwe57@gmx.de

Nordrhein-Westfalen

Hochsauerlandkreis * **Angelika Grimaldi**, Tel. (0 29 32) 3 79 76
Silke Schramme, Tel. (0 29 33) 64 72,
u.s.schramme@online.de
Bielefeld kommissarisch: * **Birgit Schwenke**,
Tel. (0 21 95) 6 92 31, Fax 93 39 80,
bsschwenke@yahoo.de
Essen/Duisburg * **Moni Kühlen**, Tel. (02 01) 3 65 76 64,
monikuhlen@gmx.de
Münster * **Cilly Strot-Bücker**, Tel. (0 54 51) 1 67 00,
cst-b@t-online.de
Andreas Wißing, Tel. (0 59 71) 1 74 44,
Andre.wissing@t-online.de
Wuppertal/Düsseldorf * **Kerstin Hücke**, Tel. (02 02) 3 93 57 97,
Kerstin.hucke@web.de
Ennepe-Ruhr-Kreis kommissarisch: **Birgit Schwenke**, s.u.
Ruhrgebiet **Udo Biemann**, Tel. (0 23 61) 1 64 90,
Jens.Biemann@gmx.de

Klaus Trinter, Tel. (0 23 67) 16 45, Fax 93 42,
Klaus.Trinter@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. (022 63) 48 16 48,
cigdemkleinjung@arcor.de
Köln * **Zita Lauer**, Tel. (01 60) 1 85 36 58,
zita.lauer@yahoo.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 **Dennis Phillips**, Tel. (069) 596 38 94,
DNPHIL@mail.com
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) 63 88 80,
Fax 36 62 86, hreiter@gmx.net
Kaiserslautern **Anne Herrmann**, Tel. (06 31) 370 48 07
Worms **Sabine Germroth**, Tel. (0 62 43) 90 06 91

Hessen

Frankfurt/Main **Horst Schmidtman**, Tel. (0 69) 39 58 82
Wiesbaden **Siegfried Aumann**, Tel. (0 61 22) 62 81,
siegfried.aumann@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 59

Saarland

Saarbrücken kommissarisch: **Jutta Vierneusel**, Tel. (0 62 02) 70 26 13, Fax 70 26 14, jutta@vierneusel.de

Baden-Württemberg

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

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

Karlsruhe **Peter Hellriegel**, Tel. (0 72 57) 90 24 99, peter.hellriegel@gmx.de

Heilbronn *** Ursula Rupp**, Tel. (0 72 64) 55 37, u.rupp@addcom.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
Christel Beger-Mehlhorn, Tel. (0 71 41) 56 55 99, C.Beger-Mehlhorn@online.de

Rems-Murr-Kreis *** Gerhard Bölcke**, Tel. + Fax (0 71 91) 8 21 72, lgebke@gmx.de

Tübingen *** Guenther Lehnen**, Tel. (0 71 57) 43 54, Fax 98 93 22, G.Lehnen@tx-tuebingen.de

Stuttgart/Esslingen *** Rosemarie Weiß**, Tel. (0 71 11) 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, eberle-kohlberg@t-online.de

Ostalb

Zollernalbkreis

Ulm

Bodensee

Freiburg/Hochrhein

*** Gerhard Kaufmann**, Tel. (0 73 61) 4 23 90, Fax 4 94 54, Gerhard@Kaufmann-aa.de

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

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

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

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

Bayern

München

Oberbayern

Niederbayern

Östl. Oberbayern/Niederb.

Oberfranken/Oberpfalz

Mittelfranken

Unterfranken

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

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

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

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

Rosi Achatz, Tel. (0 86 34) 16 97

*** Herbert Schreurs**, Tel. + Fax (0 92 27) 97 38 34
*** Jürgen Glaser**, Tel. (0 91 71) 89 83 58, juergen-glaser@gmx.de

Birgit Binder, Tel. (0 91 22) 87 63 20, Fax 87 63 27, hwb.binder@web.de

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

Weitere Ansprechpartner

... für junge Lebertransplantierte

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

... für alle Kinder und Jugendliche

Joachim F. Linder, Tel. (0 30) 96 20 25-56, Fax -57, (0 17 2) 3 21 69 55, J.F.Linder@web.de

... für Säuglinge und Kleinkinder

Petra Dahm, Tel. (0 2 08) 30 43 75-1, Fax -3, petra.dahm@arcor.de

... für Hinterbliebene

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

... für Angehörige von Betroffenen

Dieter Kühlen, Tel. + Fax (0 2 01) 25 28 38, dieter.kuehlen@gmx.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, stefan.sandor@email.de

... für die verschiedenen Grunderkrankungen der Leber

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

Medizin mit gesundem Menschenverstand

Kräuter sind gesund, aber ...

In Heft 1/2005 der „Lebenslinien“ haben wir über „Naturheilverfahren nach Lebertransplantation?“ berichtet. Dabei haben wir auch vor gefährlichen Neben- und Wechselwirkungen mit den für Transplantierte lebenswichtigen Immunsuppressiva gewarnt. In etwas abgewandelter Form gilt das auch für Kräuter (auch aus dem eigenen Garten). Petersilie fördert die Arbeit der Leber und wirkt als Entwässerungsmittel zur Förderung der Nierenfunktion; sie schützt außerdem vor Erkältungen. Radieschen/Rettiche säubern die Gallengänge. Auch Salbei und Rosmarin stärken die Entgiftungsarbeit der Leber. Schließlich sind auch verschiedene Kräutertees (Mariendistel, Pfefferminz) und Säfte (Artischocke) förderlich für die Leberfunktion. Bei all diesen Kräutern und Präparaten ist allerdings auf Wechselwirkungen zu achten. Spezialkenntnisse sind erforderlich, die nur erfahrene Naturheilkundler haben. So gut also die leberfördernden Wirkungen sein mögen, so ist doch Vorsicht geboten!

Reis, Hirse und Hafer

Alle drei Getreidesorten sind gut für Leber und Darm. Reis und Hirse verringern die Gallenmenge, die zur Verdauung nötig ist und entlasten somit in hohem Maße die Leber. Haferballaststoffe binden Gallensäuren und wirken sich günstig auf Leber und Darm aus.

Ende der Schonzeit für pflanzliche Arzneien

Unter diesem Titel wurde in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung berichtet, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bei der Zulassung pflanzlicher Arzneimittel nunmehr auch Angaben über mögliche Wechselwirkungen mit verschreibungspflichtigen Medikamenten verlangt. Wechselwirkungen mögen zwar selten sein, doch bestehen Risiken, die insbesondere der medizinische Laie nicht einschätzen kann. Gefährliche Wechselwirkungen sind vom Johanniskraut bekannt (u.a. die Verursachung einer Nierenabstoßung oder die Steigerung einer AIDS-Infektion). Verdacht besteht jedoch auch bei einigen der zuvor genannten Produkte wie Pfefferminze, Artischocke, Mariendistel und anderen wie Gingko, Kamille und Brennnessel. Wiederum: Verlassen Sie sich nicht nur auf Ihren gesunden Menschenverstand, sondern konsultieren Sie Ihren Arzt vor Gebrauch!

Bezahlung für Compliance?

Das Befolgen ärztlicher Ratschläge und insbesondere die regelmäßig Einnahme von lebenswichtigen Medikamenten, also auf neudeutsch: compliance, ist nicht so gut, wie man aufgrund des bestehenden Eigeninteresses der Patienten erwarten sollte. Häufig treten Probleme auf bis hin zu Abstoßungsreaktionen, die auf nachlässigen Umgang mit ärztlichen Vorschriften zurückzuführen sind: Von England wird berichtet, dass bis zu einem Fünftel der Nierentransplantierten die unerlässlichen Immunsuppressiva nicht regelmäßig einnimmt, was in 90 Prozent der Fälle zu Organverlust führt (im Vergleich zu nur 18 Prozent bei den „folgsamen“ Patienten). Nun hat man, ebenfalls in England, den Vorschlag gemacht, folgsame Patienten zu belohnen. Der Vorschlag stammt allerdings aus der Psychiatrie beim Umgang mit Drogenabhängigen und Schizophrenen. Noch wehrt man sich im Nationalen Gesundheitssystem (National Health Service) vehement dagegen. Mit gesundem Menschenverstand beim Versicherer/Gesundheitssystem und einem dringenden Appell an die Eigenverantwortung und – bei Organempfängern – auch an die Mitverantwortung für andere Patienten, die verzweifelt auf ein knappes Organ warten, kommt man vielleicht weiter.

Ehekrach schwächt das Immunsystem

Dass Partnerstreit das Immunsystem schwächt, ist nachweisbar. Nach heftigen Auseinandersetzungen nimmt die Zahl der Abwehrzellen ab, und es kann zu Infektionskrankheiten kommen. Dennoch ist nicht zu empfehlen, dass man die nach Organtransplantation erforderliche Suppression des Immunsystems durch Ehekrach oder ähnliche Aufregungen herbeiführt, sondern weiterhin auf die bewährten Medikamente vertraut!

Quelle für den ersten, zweiten und letzten Abschnitt: H. Bankhofer: Sanfte Medizin, 2. Aufl. 2006 und James S. Gordon: Manifesto for a New Medicine, 1996; für Abschnitt 3: FAZ vom 24. Oktober 2007; für Abschnitt 4: FAZ vom 22. August 2007



Leading Light For Life

Astellas: Kompetenz in Sachen Transplantation

Astellas ist ein weltweit tätiger, forschender Arzneimittelhersteller mit zukunftsweisenden Kernkompetenzen: Mit einem Forschungs- und Entwicklungsbudget von jährlich 1,3 Mrd. US-Dollar engagiert sich Astellas hauptsächlich in der Entwicklung von Pharmazeutika für die Transplantationsmedizin, die Urologie, Pneumologie, Dermatologie wie auch für die Selbstmedikation. Zuletzt hat das Unternehmen ein neues Immunsuppressivum mit verbesserter

Galenik herausgebracht und arbeitet derzeit an einer neuen Klasse von Immunsuppressiva.

Auf diesen richtungsweisenden Spezialgebieten liegt auch in Zukunft der wissenschaftliche Fokus des Unternehmens.

**Astellas –
Forschung von heute, Lösungen für morgen,
Engagement fürs Leben.**



astellas
Leading Light for Life

www.astellas.de

Weitere Infos unter: www.transplant-forum.de