Lebendtransplantation der Leber

Aus Verzweiflung stellen sich viele Eltern als Lebendspender für ihre Kinder zur Verfügung. Rund 20 % des Lebert Volumens von Mutter oder Vater werden dabei transplantiert. Nach rund drei Monaten hat die Leber bei den Spendern wieder das ursprüngliche Volumen erreicht. Auch beim Kind wächst das übertragene Organ mit. „Die Operation birgt aber auch für den Spender ein Risiko“, gab Prof. Dr. Rainer Ganschow vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zu Bedenken. Die Mortalität beträgt 0,2–0,5 %, die Morbidität 13–67 %. Im Klinikum Hamburg-Eppendorf wird deshalb fast jeder zweite Spender abgelehnt. Gründe dafür können ein ungeeignetes Transplantat sein (15 % der Fäl-

le), z. B. aufgrund einer Steatosis hepatis oder aus anatomischen Gründen. Medizinische Gründe beim Spender, wie ein erhöhtes Thromboserisiko oder erhöhte Leberwerte, sprechen in 12 % der Fälle dagegen. Oder es gibt soziale Gründe: Beispielsweise kommt eine alleinerziehende Mutter nicht als Spenderin infrage. In 12 % der Fälle werden die Spender aufgrund einer Blutgruppen-Inkompatibilität abgelehnt. Bei jungen Säuglingen spielt die Blutgruppe dagegen keine Rolle. Bis zum ersten Geburtstag kann auch bei inkompatiblen Blutgruppen transplantiert werden – sowohl bei Lebend- als auch bei Fremdspende. *nz*

Ganschow R. Ergebnisse der Lebertransplantation im frühen Säuglingsalter

Nachholimpfungen bei Jugendlichen: Nationale Konzepte fehlen

„Der STIKO-Impfplan wird bei Säuglingen und Kleinkindern mittlerweile sehr gut umgesetzt“, berichtete Dr. Martin Terhardt aus Ratingen. Die Durchimpfungsraten seien hervorragend. Systematisch erfasst werden sie jedoch nur vor Schuleintritt – für Schulkinder und Jugendliche existieren nur vereinzelt Daten. Diese zeigten, dass Jugendimpfungen schlecht umgesetzt werden und Nachholimpfungen eher unstrukturiert verlaufen. Impflücken bestehen vor allem bei Masern, Keuchhusten, Windpocken, Meningokokken C und HPV. Abhilfe schaffen soll hier der aktuelle Nachholimpfplan für verschiedene Altersgruppen, der auch bestehende Unsicherheiten bei Ärzten hinsichtlich der Impfstoffe und deren Dosierung beseitigen soll. Aber es fehle hierzulande an Konzepten, diese Empfehlungen umzusetzen und ihre Anwendung auch zu erfassen, so Terhardt. Hier seien nationale Strategien notwendig und die Zusammenarbeit aller beteiligten Organe zu verbessern – von Ärzten, Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen, über öffentliche Gesundheitsdiens-

te und Schulen, bis zu Krankenversicherungen und Politik.

Die besten Ergebnisse bei Jugendlichen erzielen Länder mit tradierten, nachhaltigen Schulgesundheitsprogrammen mit regelmäßigen Kontakten inklusive Impfungen – zum Beispiel Belgien, Finnland oder Ungarn. Dort gebe es „traumhafte Impfraten“ von 95–99 %, sagte Terhardt. Auch zum Catch-up fehlten in Deutschland Konzepte. Wie mit einem gut organisierten Catch-up-Programm bei neu eingeführter Impfung schnell und nachhaltig hohe Impfraten erzielt werden können, zeigen unsere holländischen Nachbarn: Nach Einführung der Meningokokkenimpfung 2002, routinemäßig im zweiten Lebensjahr, haben sie es mit einer groß angelegten Kampagne innerhalb von sechs Monaten geschafft, alle 1–17-Jährigen zum Catch-up einzuladen und mit 3,5 Millionen Impfungen eine Durchimpfungsrate von 94 % erreicht. Terhardt: „Damit hatten sie Meningokokken C bis 2004 praktisch eradiziert.“ *Michael Koczorek*

Terhardt M. Catch-up-Impfungen, Nachholimpfungen, Jugendimpfungen