

5. Saeden B et al. (2001) Fracture of the carpal scaphoid. A prospective, randomised 12-year follow-up comparing operative and conservative treatment. *J Bone Joint Surg Br* 83: 230–234
6. Atroschi I, Johnsson R, Ornstein E (1998) Patient satisfaction and return to work after endoscopic carpal tunnel surgery. *J Hand Surg [Am]* 23: 58–65
7. Nagle DJ et al. (1996) A multicenter prospective review of 640 endoscopic carpal tunnel releases using the transbursal and extrabursal chow techniques. *Arthroscopy* 12: 139–143
8. Carragee EJ, Helms E, O'Sullivan GS (1996) Are postoperative activity restrictions necessary after posterior lumbar discectomy? A prospective study of outcomes in 50 consecutive cases. *Spine* 21: 1893–1897
9. Lyall JM, Gliner J, Hubbell MK (2002) Treatment of worker's compensation cases of carpal tunnel syndrome: an outcome study. *J Hand Ther* 15: 251–259
10. Rompe JD et al. (1999) Prognostic criteria for work resumption after standard lumbar discectomy. *Eur Spine J* 8: 132–137
11. Crook J, Moldofsky H, Shannon H (1998) Determinants of disability after a work related musculoskeletal injury. *J Rheumatol* 25: 1570–1577
12. Habernek H, Schmid L, Frauenschuh E (2000) Sport related proximal femoral fractures: a retrospective review of 31 cases treated in an eight year period. *Br J Sports Med* 34: 54–58
13. Gruen GS et al. (1995) Functional outcome of patients with unstable pelvic ring fractures stabilized with open reduction and internal fixation. *J Trauma* 39: 838–845
14. Carmona L et al. (1998) Predictors of rate of return to work after surgery for carpal tunnel syndrome. *Arthritis Care Res* 11: 298–299
15. Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ (2001) Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *Am J Ind Med* Oct 40: 464–484
16. Baltzer AWA, Schultz KP (1997) Einfluss des sozialen Status auf die berufliche Reintegration. *Z Orthop* 135: 381–385
17. Agee JM et al. (1992) Endoscopic release of the carpal tunnel: a randomized prospective multicenter study. *J Hand Surg [Am]* 17: 987–995
18. Hennessey JC, Muller LS (1995) The effect of vocational rehabilitation and work incentives on helping the disabled-worker beneficiary back to work. *Soc Secur Bull* 58: 15–28
19. Krause N et al. (1999) Alternative approaches for measuring duration of work disability after low back injury based on administrative workers' compensation data. *Am J Ind Med* 35: 604–618
20. Hansson TH, Hansson EK (2000) The effects of common medical interventions on pain, back function, and work resumption in patients with chronic low back pain: a prospective 2-year cohort study in six countries. *Spine* 25: 3055–3064
21. Dictionary of Occupational Titles/U.S. Department of Labor, Employment and Training Administration, U.S. Employment Service (1991) U.S. Employment Service, Washington DC
22. Indahl A, Velund L, Reikeraas O (1995) Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine* 20: 473–477
23. Brenneman FD et al. (1997) Long-term outcomes in blunt trauma: who goes back to work? *J Trauma* 42: 778–781
24. Dasinger LK et al. (1999) Duration of work disability after low back injury: a comparison of administrative and self-reported outcomes. *Am J Ind Med* 35: 619–631
25. Loisel P et al. (1997) A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 22: 2911–2918

Chirurg 2003 · 74:1039
DOI 10.1007/s00104-003-0774-8

Ch. E. Broelsch¹ · A. Frilling¹ · S. Nadalin¹
Gamazo C. Valentin¹ · H. Kühl² · G. Gerken³
M. Malago¹

¹Klinik für Allgemein- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen

²Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Essen

³Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinikum Essen

Leberlebendspende

Die deutsche Erfahrung im internationalen Vergleich *Chirurg* (2003) 74:510–522

Im oben genannten Beitrag aus dem Juniheft von *Der Chirurg* hat sich auf Seite 515 im Abschnitt „Mortalitätsrisiko“ leider ein Fehler eingeschlichen. Der korrekte Abschnitt lautet wie folgt:

Mortalitätsrisiko. Bisher sind 7 Todesfälle bei Spendern bekannt geworden. Bei 2 verstorbenen Spendern war eine linkslaterale Hepatektomie und bei 5 eine Rechtshepatektomie erfolgt. Bezogen auf die weltweit durchgeführten etwa 1200 linkslateralen Hepatektomien und 1300 Rechtshepatektomien, liegt das Mortalitätsrisiko für den Spender bei der linkslateralen Resektion bei 0,16% und bei der Rechtshepatektomie bei 0,38%. Diese Zahlen belegen klar, dass das Risiko der Rechtshepatektomie größer ist als bei der linkslateralen bzw. Linkshepatektomie.

© Springer-Verlag 2003

Online publiziert: 10. Oktober 2003

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00104-003-0685-8> finden.

Prof. Dr. Ch. E. Broelsch

Klinik für Allgemein- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen