

Autoimmun- hepatitis



Deutsche Leberhilfe e. V.



Ingo van Thiel
Redaktion



Prof. Dr. Claus Niederau
Ärztliche Beratung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Autoimmunhepatitis (AIH) ist eine relativ seltene Lebererkrankung, bei der das eigene Immunsystem aus unbekanntem Grund die Leber angreift. Die Diagnose ist komplex und gehört in fachärztliche Hände. Während eine unbehandelte AIH oft tödlich verläuft, ist mit Hilfe von Medikamenten meist eine normale Lebenserwartung möglich. Symptome der Krankheit ebenso wie Nebenwirkungen können jedoch die Lebensqualität einschränken. Viele Fragen zur Autoimmunhepatitis sind auch heute noch offen – vor allem zu Symptomen und Lebensqualität sowie zu zeitlich begrenzten und risikoärmeren Therapien.

Mit dieser Broschüre möchten wir Sie über die Grundlagen der AIH informieren und einige praktische Tipps zum Umgang mit der Erkrankung geben. Die Informationen aus diesem Ratgeber stammen zum Teil aus deutschen und internationalen Leitlinien, beruhen aber mitunter auch auf Patientenberichten und Fragen in unserer Beratung, für die es keine wissenschaftlich gesicherten Daten gibt. Natürlich kann diese Broschüre keine ärztliche Diagnose oder Beratung ersetzen.

Ihre Deutsche Leberhilfe e. V.

Inhalt

Was ist Autoimmunhepatitis (AIH)?	S. 4
Geschichte der AIH	S. 6
Wie häufig ist AIH?	S. 7
Warum entwickeln manche Menschen eine AIH?	S. 8
Risiken der Autoimmunhepatitis	S. 9
Mögliche Symptome der AIH	S. 12
Mögliche Begleiterkrankungen	S. 13
Diagnose der AIH	S. 14
Zusammenspiel von Blutwerten und Leberbiopsie	S. 18
Behandlung der Autoimmunhepatitis	S. 19
Was, wenn die Standardtherapie nicht wirkt?	S. 23
Kann man die Medikamente irgendwann ganz absetzen?	S. 25
Alternativmedizin?	S. 27
Sonderfall „Overlap-Syndrom“	S. 28
Lebensqualität bei AIH verbessern	S. 30
– Müdigkeit	S. 30
– Schmerzende Gelenke	S. 32
– Gewichtszunahme	S. 32
– Hautprobleme	S. 33
– Osteoporose	S. 33
– Depressionen	S. 34
Schwangerschaft	S. 36
Ernährung	S. 38
Impfungen	S. 40
Autoimmunhepatitis und Tumoren	S. 42
Autoimmunhepatitis und Sport	S. 42
Lebertransplantation wegen AIH	S. 43
Sonderfall: Erstmals AIH nach Lebertransplantation („De-novo-AIH“)	S. 44
Ausblick in die Zukunft	S. 45
Quellen	S. 46
Nachwort	S. 51

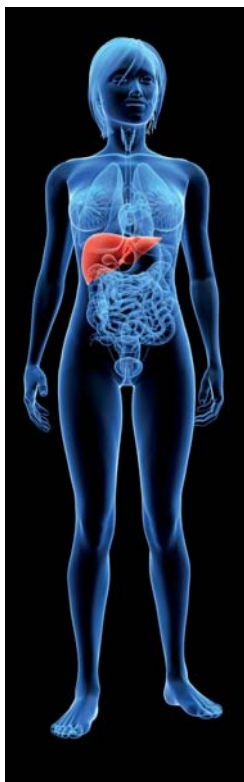
Stand: Dezember 2018

Was ist Autoimmunhepatitis (AIH)?

Die AIH ist eine autoimmunale Leberkrankheit, bei der es zu einer Leberentzündung kommt. Bei Autoimmunkrankheiten ist das eigene Immunsystem fehlgesteuert und greift körpereigene Zellen an. Bei der Autoimmunhepatitis sind die Leberzellen, die sogenannten Hepatozyten, das Angriffsziel. Diese werden zerstört, und es kommt zu einer oft schweren Leberentzündung (Hepatitis), die abrupt oder schleichend auftreten kann.

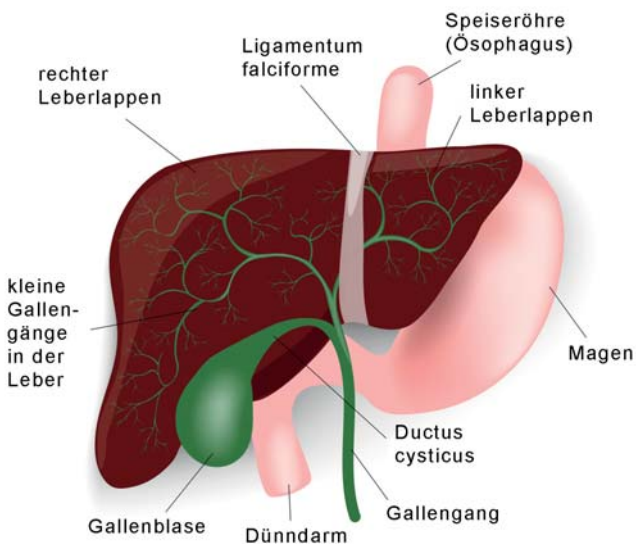
Autoimmunhepatitis kann in jedem Alter auftreten, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer.

Beim Wort „Hepatitis“ denken viele Menschen zuerst an Infektionskrankheiten. Autoimmunhepatitis ist aber niemals ansteckend. Vielmehr ist AIH ein Problem, das der Körper mit sich selbst hat: „wie eine Allergie gegen die eigene Leber“.



Ebenso wird Autoimmunhepatitis nicht durch Alkohol verursacht. Wie bei jeder Lebererkrankung ist Alkohol aber eine zusätzliche Belastung für die kranke Leber und sollte daher konsequent gemieden werden.

Warum einige Menschen eine Autoimmunhepatitis entwickeln, ist nicht bekannt. Man vermutet ein Zusammenspiel von genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen. Das heißt, manche Menschen haben vielleicht schon eine gewisse Vorveranlagung für eine Autoimmunhepatitis. Kommt dann noch ein zufälliger äußerer Auslöser wie z.B. Giftstoffe, eine schwere



Unverträglichkeit gegenüber einem Medikament oder Infektionen mit Bakterien oder Viren hinzu, kann die Erkrankung erstmals ausbrechen.

Autoimmunhepatitis ist schon seit Langem bekannt und behandelbar. Die Therapien dämpfen das überschießende Immunsystem, sind oft sehr wirksam und können die Leberschädigung stoppen. Eine unbehandelte AIH verläuft häufig tödlich, aber mit einer behandelten AIH kann man sogar alt werden.

Leider haben die heute verfügbaren Medikamente oft unangenehme Neben- und Langzeitwirkungen und müssen in der Regel dauerhaft genommen werden. Dennoch sind sie für die meisten Patienten überlebensnotwendig. Nur wenige Betroffene haben einen so milden Verlauf ihrer AIH, dass sie auf eine Therapie verzichten können. Man kann die Dosis der Medikamente oft schrittweise reduzieren. Die Medikamente ganz abzusetzen, funktioniert aber selten: Die Entzündung flammt dann bei neun von zehn Patienten wieder auf.

Geschichte der AIH

Die Erkrankung wurde erstmals 1950 von den schwedischen Ärzten Prof. Waldenström und Kollegen beschrieben. Zunächst glaubte man, die Leberentzündung sei Teil einer anderen Autoimmunkrankheit, des Lupus erythematodes. Daher wurde die Erkrankung zunächst als „lupoide Hepatitis“ bezeichnet. Später fand man jedoch heraus, dass es sich offenbar um eine eigenständige Lebererkrankung handelte, die auch allein auftreten kann.

1965 wurde als neuer Begriff „Autoimmunhepatitis“ vorgeschlagen. Diese Bezeichnung hat sich langfristig gegen andere Namen durchgesetzt und wurde 1993 als endgültiger Name anerkannt.

Bei den ersten Fallberichten aus dem Jahr 1950 handelte es sich meist um schwer kranke junge Frauen.

Wie bei jeder neu entdeckten Erkrankung wusste man zunächst nicht, wie man diese behandeln sollte; auch Lebertransplantationen gab es noch nicht. Berichte aus dieser Zeit zeigen, wie ernst eine unbehandelte Autoimmunhepatitis verlaufen kann: Über ein Drittel der Betroffenen verstarb schon im ersten halben Jahr nach der Diagnose, andere entwickelten innerhalb weniger Jahre eine fortgeschrittene Zirrhose mit Komplikationen. Bald erkannte man jedoch, dass sich die Erkrankung mit immunsuppressiven Medikamenten unter Kontrolle bringen lässt. 1953 wurde die erste Patientin erfolgreich behandelt, als man ihr Cortison verabreichte. Seit den



1960er-Jahren werden bei AIH in erster Linie Predniso(lo)n und Azathioprin eingesetzt. Autoimmunhepatitis wurde damit eine der ersten behandelbaren Lebererkrankungen.

Das Bild der Autoimmunhepatitis hat sich durch die Therapie und frühere Diagnosen gewandelt: Heute entwickeln immer weniger Menschen eine Zirrhose und benötigen auch seltener eine Transplantation. Mit einer behandelten AIH alt zu werden, ist also durchaus möglich.

Dennoch ist die AIH für viele Patienten eine belastende, in der Regel lebenslange Erkrankung. Sowohl Neben- und Langzeitwirkungen der Medikamente als auch zahlreiche Symptome können die Lebensqualität einschränken.

Mit Ausnahme des Budesonids wurden in den vergangenen Jahrzehnten keine neuen Medikamente für AIH zugelassen. Weitere immunsuppressive Substanzen aus der Transplantationsmedizin werden in Studien auch für AIH untersucht. Ob es eines Tages eine ursächliche Therapie der AIH geben könnte, ist noch nicht absehbar, aber Gegenstand der Forschung.

Wie häufig ist AIH?

Autoimmunhepatitis gilt als relativ seltene Erkrankung. Frauen sind wahrscheinlich drei- bis viermal häufiger betroffen als Männer. In Deutschland wird die Zahl der AIH-Patienten auf 4.000 bis 12.000 geschätzt. Aus verschiedenen europäischen Ländern wird berichtet, dass etwa 10 bis 17 von 100.000 Einwohnern an einer Autoimmunhepatitis leiden. Die Zahl der Autoimmunhepatitis-Fälle scheint zuzunehmen. Warum, ist nicht bekannt. Zwar könnte ein Grund sein, dass die Erkrankung heute bekannter ist und Ärzte einfach häufiger danach suchen, doch auch an Zentren, wo die AIH seit Jahren zur Diagnostik dazugehört, entdeckt man heute mehr Patienten.

Warum entwickeln manche Menschen eine AIH?

Warum das eigene Immunsystem plötzlich die Leber angreift, ist nicht bekannt. Eine häufige Theorie ist ein Zusammenspiel von genetischen Faktoren, Umwelteinflüssen und Auslösern (sogenannte „Trigger“) wie z.B. Infektionen oder Giftstoffen. Auch wenn AIH nach heutigem Wissen keine Erbkrankheit ist, könnten bestimmte genetische Voraussetzungen vorliegen. Dies wäre mit einem schlafenden Raubtier vergleichbar. Zufällige weitere Faktoren könnten diesem Raubtier dann auf den Schwanz treten und zum Ausbruch der Erkrankung führen.

*schlafende Autoimmun-
krankheit*



*mögliche Auslöser:
Giftstoffe, Infektionen etc.*

Die Theorie erscheint plausibel, endgültig bewiesen ist sie nicht. In vielen Fällen können AIH-Patienten von keinem besonderen Ereignis vor ihrer Diagnose berichten. Entweder ging es ihnen auf einmal einfach schlechter, oder beim Hausarzt fielen plötzlich erhöhte Leberwerte auf.

In einigen Fällen machte sich eine AIH erstmals nach Infektionen mit Bakterien oder bestimmten Viren bemerkbar, z. B. nach Infektionen mit dem Hepatitis-A- oder dem Hepatitis-E-Virus, dem Cytomegalievirus oder dem Epstein-Barr-Virus. In anderen Fällen trat die Autoimmunerkrankung erstmals nach Einnahme bestimmter Medikamente auf, wie z. B. Minozyklin, Interferon alpha, Nitro-

furantoin oder Infliximab. In einzelnen Fällen trat Autoimmunhepatitis auch erstmals nach Impfungen oder Einnahme bestimmter Naturheilmittel wie z. B. der asiatischen Kräutermischung Sho-Sai-Koto auf. Doch in all diesen Fällen ist in der Regel nicht klar, ob diese Faktoren wirklich zum Ausbruch der Autoimmunhepatitis geführt haben oder ob es sich hier um ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen handelt.

Von keinem dieser genannten Faktoren kann man also behaupten: „Davon kriegt man Autoimmunhepatitis.“ – Nein, das tut man nicht! Infrage kommen diese nicht als Ursache, sondern nur als *Auslöser* einer Erkrankung, die bereits vorher in den Patienten geschlummert hat.

Risiken der Autoimmunhepatitis

Autoimmunhepatitis kann als akute oder chronische Erkrankung auftreten. In der Regel heißt „akut“ bei Lebererkrankungen, dass diese erst seit Kurzem bestehen – weniger als sechs Monate. Liegt eine Lebererkrankung länger vor, ist sie chronisch.

Eine schwere akute Autoimmunhepatitis ist dringend behandlungsbedürftig, da es sonst in kurzer Zeit zu einem Leberversagen kommen kann. Nicht jede neu entdeckte, vermeintlich akute AIH ist dabei wirklich akut. Bei manchen Patienten war schon länger eine unerkannte chronische AIH vorhanden, die erstmals in dem Moment auffällig wird, wo sie sich akut verschlechtert. Bei solchen Patienten erkennt man in der Leber schon Vernarbungen einer langjährigen Erkrankung.

Bei langjähriger, chronischer Autoimmunhepatitis besteht das Risiko, dass die Leber durch die ständige Entzündung vernarbt. Zunächst entsteht eine Fibrose und im

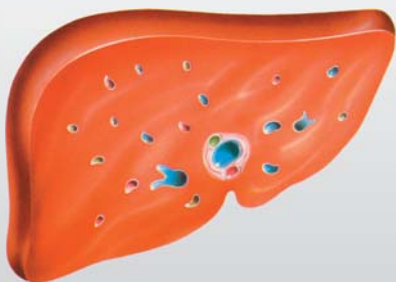
Endstadium eine vollständige Vernarbung, welche sich Zirrhose nennt.

Auch eine Zirrhose ist noch kein Todesurteil, aber ein ernstzunehmender Befund. Kommen zusätzlich noch Komplikationen hinzu, kann die Zirrhose lebensgefährlich werden. Bei Zirrhose bestehen drei Hauptprobleme:

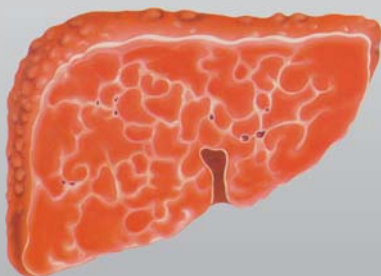
- a) Die Leber kann lebenswichtige Aufgaben im Stoffwechsel, Verdauung, Entgiftung, Immunsystem und Blutgerinnung nicht mehr ausreichend wahrnehmen. Der Funktionsverlust kann auch zur Entstehung eines Wasserbauchs (**Aszites**) beitragen, bei dem das Risiko schwerer Bakterieninfektionen besteht. Zudem können Giftstoffe ins Gehirn gelangen und dort schwere Störungen verursachen (**hepatische Enzephalopathie**).
- b) Normalerweise fließen jede Minute anderthalb Liter Blut durch die Leber. Ist die Leber verhärtet und vernarbt, kann das Blut sich in der Pfortader zurückstauen (portale Hypertension). Der Pfortaderhochdruck kann ebenfalls zur Entstehung eines Wasserbauchs beitragen (s.o.) und zu weiteren Komplikationen führen: Dazu gehören eine **vergrößerte Milz** und **Krampfadern in Magen und Speiseröhre**, die platzen und zu gefährlichen Blutungen führen können.
- c) Bei einer Leberzirrhose werden zwar noch Leberzellen neu gebildet, doch diese Selbstreparaturversuche der Leber laufen immer unkontrollierter ab. Dabei können Zellen entarten und Leberkrebs entstehen: Diesen bezeichnet man als Leberzellkarzinom oder **hepatozelluläres Karzinom (HCC)**. Leberkrebs ist auch bei Zirrhose durch AIH möglich, wenn auch nicht ganz so oft wie bei Zirrhose durch andere Leberkrankheiten.

Diese Komplikationen sind für die meisten Betroffenen vermeidbar. Eine frühzeitige AIH-Therapie kann eine Zirrhose ganz verhindern oder – falls schon eine Zirrhose vorliegt – das Risiko von Komplikationen deutlich senken.

Risiken einer unbehandelten Autoimmunhepatitis



gesunde Leber



chronische Entzündung, Vernarbung (Fibrose)



vollständige Vernarbung: Leberzirrhose

Mögliche Symptome der AIH

Etwa ein Viertel der Patienten hat bei der Erstdiagnose überhaupt keine Beschwerden. Dies ist bei vielen Leberkrankheiten so, da die Leber kein Schmerzempfinden hat: Dass mit dem Organ „etwas nicht stimmt“, wird bei AIH oft nur anhand erhöhter Leberwerte und Immunglobuline bemerkt. Möglich sind aber auch viele unspezifische Symptome wie z. B. allgemeine Müdigkeit, Unwohlbefinden, Übelkeit, Appetitverlust und starkes Abnehmen. Zum Teil berichten Patienten, dass sie schon Jahre vor der Diagnose solche Beschwerden hatten. Bei einigen Frauen kann die



Menstruation ausbleiben (Amenorrhö). Gelenksbeschwerden sind bei AIH ebenfalls häufig und betreffen 30–60% der Patienten, wobei Gelenkschwellungen wie beim echten Rheuma eher selten sind. Einige Patienten werden mit lebertypischen Symptomen wie z. B. Gelbfärbung der Haut oder Augen vorstellig (Ikterus).

Bis zu ein Drittel der erwachsenen Patienten hat bei der Erstdiagnose bereits eine Zirrhose. Bei Kindern mit AIH betrifft dies sogar etwa die Hälfte. Dies liegt vermutlich am z. T. raschen Verlauf der Erkrankung und daran, dass AIH oft erst relativ spät erkannt wird.

Mögliche Begleiterkrankungen

In einigen Fällen kann eine Autoimmunhepatitis mit anderen Autoimmunerkrankungen einhergehen. Man vermutet, dass bei AIH-Betroffenen bestimmte Gene verändert sind, was nicht nur die Anfälligkeit für Autoimmunhepatitis, sondern auch für andere Erkrankungen erhöht. Experten schätzen, dass die folgenden Erkrankungen unterschiedlich oft bei Menschen mit Autoimmunhepatitis auftreten:

- 10–23 %: Schilddrüsenerkrankung (Thyreoiditis)
- 4–14 %: Primär biliäre Cholangitis (PBC)
- 7–9 %: Diabetes
- 2–8 %: Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)
- 2–8 %: entzündliche Darmerkrankungen
- 1–4 %: Sjögren-Syndrom
- 3 %: Psoriasis
- 1–2 %: Zöliakie
- 1–2 %: systemischer Lupus erythematosus
- 1 %: Nierenentzündung (Glomerulonephritis)
- 1 %: Multiple Sklerose

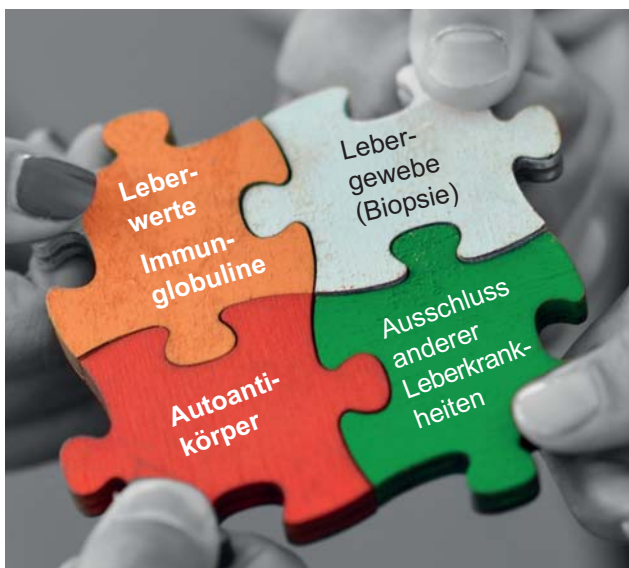
Häufigkeit bei AIH unbekannt: Fibrosierende Alveolitis, Thrombozytopenie, Hämolytische Anämie, Vitiligo, Uveitis, Polymyositis, Mononeuritis multiplex und Antiphospholipid-Syndrom.

Quelle: Gleeson D, Heneghan MA: British Society of Gastroenterology (BSG) guidelines for management of autoimmune hepatitis. Gleeson D, Heneghan MA. Gut (2011). doi:10.1136/gut.2010.235259.

Diese Erkrankungen bedürfen oft einer eigenen Behandlung. Für die AIH-Therapie ist es besonders wichtig zu wissen, ob gleichzeitig eine Gluten-Unverträglichkeit vorliegt (Sprue, Zöliakie), denn diese kann die Aufnahme und Wirksamkeit der AIH-Medikamente behindern.

Diagnose der AIH

Die Diagnose der Autoimmunhepatitis ist komplex. Es gibt keinen einzelnen Marker, mit dem sich eine AIH zuverlässig feststellen ließe. Die Diagnose gleicht einem Puzzlespiel und sollte möglichst von Fachärzten gestellt werden, die mit der Autoimmunhepatitis vertraut sind. Folgendes sollte untersucht und fachärztlich interpretiert werden:



- a) Leberwerte, Immunglobuline (Bluttest)
- b) Autoantikörper wie ANA, ASMA, Anti-LKM etc. (Bluttest)
- c) typische Zellveränderungen im Lebergewebe (Leberpunktion)
- d) Ausschluss anderer Lebererkrankungen (Blut- und ggf. andere Untersuchungen)

Die Diagnose „Autoimmunhepatitis“ wird in manchen Fällen voreilig gestellt, wenn bei Patienten die antinukleären Antikörper (ANA) im Blut erhöht sind. Ein positiver ANA-Test allein reicht aber nicht zur Diagnose. Zwar spielen

ANA-Werte durchaus eine wichtige Rolle bei der Diagnostik einer Autoimmunhepatitis, sind aber für sich genommen noch kein Beweis: Sie können auch bei Gesunden oder anderen Lebererkrankungen erhöht sein. Umgekehrt sind unauffällige ANA-Werte keine Garantie, dass man keine Autoimmunhepatitis hat.

Falls bei Ihnen die Autoimmunhepatitis-Diagnose *allein* aufgrund der ANAs gestellt wurde, und falls man mit Ihnen über eine Leberpunktion nicht wenigstens gesprochen hat, könnte es sinnvoll sein, dass Sie sich noch eine zweite, fachärztliche Meinung zu Ihrer Diagnose einholen.

a) Leberwerte und Immunglobuline

Die Leberwerte GPT und GOT sind bei Autoimmunhepatitis oft deutlich erhöht und weisen indirekt darauf hin, dass gerade Leberzellen geschädigt werden. Auch die Gamma-GT und das Bilirubin können erhöht sein. Je nach Patient können die oben genannten Werte aber stark schwanken! Bei der Mehrzahl der Patienten (85%) sind auch das Gamma-Globulin sowie das **Immunglobulin IgG** erhöht. Diese Werte können sich unter der Behandlung normalisieren.

Ein erhöhtes IgA lässt eher auf einen Medikamentenschaden oder eine Fettleberentzündung schließen (ASH oder NASH). Erhöhte IgM-Werte lassen eher eine PBC vermuten.

b) Autoantikörper

Bei den meisten Patienten mit Autoimmunhepatitis finden sich Autoantikörper im Blut. Autoantikörper können sowohl den Verdacht auf AIH erhärten als auch dabei helfen, zu unterscheiden, welche Art von Autoimmunhepatitis vorliegt. Allgemein anerkannt sind zwei Formen der Autoimmunhepatitis, der Typ 1 und der Typ 2.

Manche Experten sprechen noch von einem dritten AIH-Typ 3, auch wenn dies umstritten ist: Dieser ist dem Typ 1 relativ ähnlich, könnte aber etwas schwerer verlaufen.

Bei einer **Autoimmunhepatitis Typ 1** findet man oft (aber nicht immer):

- antinukleäre Antikörper (ANA) und
- Antikörper gegen glattes Muskelgewebe (ASMA)

Etwa ein Viertel dieser Patienten hat allerdings keine auffälligen ANA-Antikörper. In dem Fall kann nach Anti-Aktin-Antikörpern (p-ANCA) oder Anti-SLA/LP-Antikörpern gesucht werden: siehe „Typ 3“

Bei einer **Autoimmunhepatitis Typ 2** findet man:

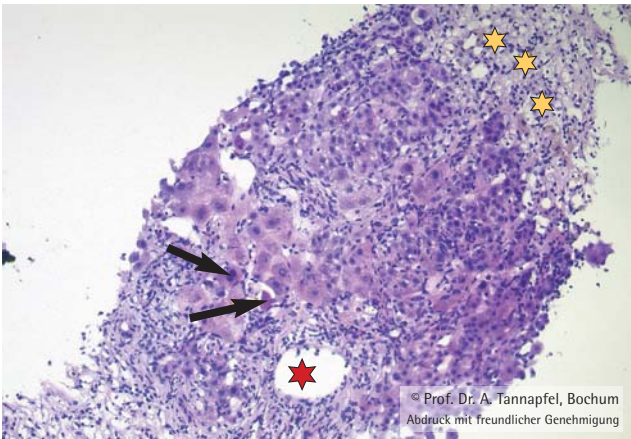
- Anti-LKM-1-Antikörper
- Anti-LC-1-Antikörper

Die Autoimmunhepatitis Typ 2 ist seltener, verläuft aber oft schwerer und muss dann intensiver behandelt werden.

Ob **Autoimmunhepatitis Typ 3** wirklich ein eigener Typ ist oder eher eine Variante des Typs 1, wird kontrovers diskutiert. Hier sind Anti-SLA/LP-Antikörper messbar. Auch diese Form könnte schwerer verlaufen als der klassische Typ 1.

c) Leberpunktion

Zur Diagnose einer Autoimmunhepatitis ist es wichtig, auch im Lebergewebe nach typischen Entzündungszellen zu schauen. Hierfür ist eine Leberpunktion (Biopsie) notwendig. Unter örtlicher Betäubung wird mit einer Nadel ein kleines Stück Lebergewebe entnommen. Leberpunktionen sind bei Patienten unbeliebt, da es in einigen Fällen trotz Betäubung zu Schmerzen kommen kann und zudem ein – wenn auch kleines – Risiko von Blutungen oder Verletzungen anderer Organe besteht. Viele Patienten fragen daher: „Muss das wirklich sein?“ Wenn es darum



Biopsie: Typischer Befund einer sehr aktiven Autoimmunhepatitis mit deutlicher Entzündung (die Pfeile zeigen auf „tote“ Hepatozyten), hier auch der GefäÙe (sogenannte Vasculitis, roter Stern), und Zelluntergängen (Nekrosen, gelbe Sterne). Ursache sind Lymphozyten und vor allem Plasmazellen (dunkle Zellen, die zwischen den Hepatozyten liegen).

geht, eine Autoimmunhepatitis sicher abzuklären, ist die Antwort leider „Ja“.

Nur durch eine Gewebeuntersuchung lässt sich nämlich feststellen, ob es AIH-typische Zellveränderungen gibt. Mitunter zeigt sich dann, dass Patienten gar keine Autoimmunhepatitis haben, obwohl die Laborwerte dies vermuten lieÙen. Manchmal stellt sich erst bei der Punktion heraus, dass trotz Autoantikörpern eine ganz andere Erkrankung vorliegt, wie z.B. eine Fettleberentzündung (NASH). Dies zu erkennen ist wichtig, da solche Erkrankungen ganz anders behandelt werden.

Wenn ein Autoimmunhepatitis-Verdacht eindeutig geklärt werden soll, kommen Sie derzeit nicht um die Punktion herum. Falls die Punktion aufgrund anderer Begleiterkrankungen oder Gerinnungsstörungen nicht machbar ist, muss man u.U. auf diese endgültige Klarheit verzichten.

Diagnose: Zusammenspiel von Blutwerten und Leberbiopsie

Wenn man das Blut und das Lebergewebe untersucht hat, wie geht es dann weiter? Wie setzt der Arzt die Puzzlesteine zusammen und entscheidet, ob die Diagnose „Autoimmunhepatitis“ zutrifft? Hierfür gibt es mehrere sogenannte „AIH-Scores“. Dies sind Punktesysteme, um die Wahrscheinlichkeit einer AIH einzuschätzen. Je mehr Verdachtsmomente zusammenkommen, desto höher die Punktzahl und desto wahrscheinlicher ist die Diagnose. Hier ein Beispiel für einen AIH-Score:

1. erhöhtes Immunglobulin G im Blut

- IgG höher als 16 g/Liter 1 Punkt
- IgG höher als 18,5 g/Liter 2 Punkte

2. Autoantikörper im Blut

- ANA, SMA or LKM über 1:40 1 Punkt
- ANA, SMA or LKM über 1:80 2 Punkte
oder SLA/LP positiv

3. Veränderungen im Lebergewebe (Histologie)

- passt zu AIH 1 Punkt
- ist typisch für AIH 2 Punkte

4. keine Virushepatitis A, B, C oder E

2 Punkte

Bei sechs Punkten gilt eine AIH als wahrscheinlich, bei sieben oder acht Punkten sogar als sicher. Ein solcher Score kann hilfreich sein, ihn zu verwenden, ist aber für Ärzte keine Pflicht. Mitunter gibt es Gründe für Fachärzte, eine AIH-Diagnose auf Basis anderer Befunde zu stellen.

Behandlung der Autoimmunhepatitis

Die meisten Patienten mit Autoimmunhepatitis benötigen eine zügige Therapie, um die Leberschädigung zu stoppen. In wenigen Fällen kann damit abgewartet werden, wenn die Autoimmunhepatitis gerade ungewöhnlich mild verläuft; da sich dies aber ändern kann, sollten sich Patienten auch in diesem Fall regelmäßig überwachen lassen.

Einzelne Patienten haben eine bereits „ausgebrannte“ Zirrhose ohne aktive Entzündung, wo kein besonderer Nutzen der Therapie erwartet wird; andere Patienten haben



Kontraindikationen durch andere Begleiterkrankungen, die eine Therapie erschweren oder verbieten. Ansonsten ist aber meist eine rasche Behandlung angezeigt.

Die Therapie der Autoimmunhepatitis besteht darin, die Immunreaktion gegen die eigenen Leberzellen zu stoppen bzw. abzumildern. Hierfür wird das Immunsystem mit Medikamenten unterdrückt (Immunsuppression).

Häufig wird eine Kombination aus zwei immunsuppressiven Medikamenten gegeben. Die immunsuppressive Therapie hat oft Nebenwirkungen und kann auch langfristig für den Körper belastend sein. Sie ist aber für die meisten Patienten überlebenswichtig.

Gerade am Anfang der Therapie möchte man das Immunsystem möglichst rasch und effektiv ausbremsen. Deshalb wird insbesondere das Predniso(lo)n zu Therapiebeginn in höherer Dosis gegeben; Azathioprin kommt meist wenige Wochen später hinzu und wird zunächst in niedriger Dosis eingeschlichen. Bei den meisten Patienten ist dieses Vorgehen sehr wirksam: Die Leberwerte bessern sich oft schnell, und die Entzündung im Lebergewebe geht zurück. Danach wird die Dosis Schritt für Schritt vom Arzt gesenkt. Gleichzeitig überwacht man an Laborwerten, inwieweit sich die Leberentzündung damit unter Kontrolle bringen



lässt. Ziel ist, mit möglichst niedriger Medikamentendosis die Erkrankung dauerhaft unter Kontrolle zu bringen.

Studien in der Vergangenheit zeigen: Unbehandelt sterben viele Patienten innerhalb weniger Jahre, aber mit einer Therapie ist oft eine normale Lebenserwartung möglich. Man kann also mit Autoimmunhepatitis alt werden – wenn man sie richtig einstellt. Allerdings ist für die meisten Patienten eine dauerhafte Behandlung nötig.

Aktuell sind folgende Medikamente für Autoimmunhepatitis zugelassen:

- Prednison/Prednisolon
- Budesonid
- Azathioprin

Prednison bzw. Prednisolon kann sowohl als Kombinationsmedikament als auch einzeln eingesetzt werden. Wird es allein gegeben, dosiert man es höher – wobei es dann mehr Steroid-typische Nebenwirkungen gibt. Häufige Nebenwirkungen von Predniso(lo)n sind ein Vollmondgesicht (Cushing-Gesicht), Gewichtszunahme, unreine Haut, Haarausfall oder männlicher Haarwuchs im Gesicht. Diese Nebenwirkungen können zu Beginn der Behandlung stärker ausgeprägt sein, nehmen aber in der Regel ab, wenn die Dosis später gesenkt wird. Langfristig kann es auch zu einer verringerten Knochendichte (Osteoporose) oder Diabetes-Erkrankungen kommen.

Häufig wird Predniso(lo)n mit **Azathioprin** kombiniert. Azathioprin verstärkt die Wirksamkeit von Predniso(lo)n. Daher kann Predniso(lo)n niedriger dosiert werden als wenn man es alleine gibt. Die meisten Patienten vertragen die Kombination aus Predniso(lo)n und Azathioprin aus diesem Grund besser. Es gibt jedoch auch Patienten, die Azathioprin gar nicht vertragen und besser mit Predniso(lo)n alleine zurechtkommen.

Budesonid ist seit 2012 für die AIH zugelassen. Dieses ist ein neueres Steroid, welches in der Regel mit Azathioprin kombiniert wird. Anders als Predniso(lo)n verteilt sich Budesonid weniger stark im ganzen Körper: Wenn es mit dem Blut in die Leber gelangt, wird es schon beim ersten Durchlauf zu 90% dort behalten – also genau in dem Organ, wo die schädlichen Autoimmunprozesse stattfinden und wo die Substanz auch gebraucht wird. Hierdurch gelangt weniger Budesonid in den ganzen Körper, und es gibt weniger „systemische“ Nebenwirkungen als beim Predniso(lo)n. Nebenwirkungen sind aber auch durch Budesonid möglich. Wenn bereits eine Zirrhose besteht, ist Budesonid allerdings kontraindiziert und darf nicht gegeben werden. In dieser Situation kann die schwer kranke Leber das Budesonid nicht ausreichend abbauen; dieses

gelangt nun größtenteils in den Körper und kann zu erheblichen Nebenwirkungen oder Komplikationen führen: Bei einer verwandten, autoimmunen Leberkrankheit namens PBC (diese wird auf S. 29 kurz vorgestellt) kam es zu Thrombosen der Pfortader, wenn Budesonid im Zirrhosestadium gegeben wurde. Es gibt derzeit keine Daten zur Frage, wie hoch dieses Risiko bei Autoimmunhepatitis ist; aufgrund der Beobachtungen bei PBC warnt die Fachinformation zu Budesonid aber unabhängig von der Grunderkrankung davor, das Medikament im Zirrhosestadium einzusetzen.

Budesonid spricht leider auch nicht bei allen Patienten ausreichend an, sodass diese zum Teil doch auf Predni-
so(lo)n mit oder ohne Azathioprin umsteigen müssen.

Azathioprin wird zum Therapiebeginn normalerweise nicht alleine gegeben, sondern mit einem der oben genannten Medikamente kombiniert. Wenn Patienten allerdings schon mehrere Jahre gut auf ihre Medikamente angesprochen haben, versucht man, die anderen Substanzen auszuschleichen: Azathioprin wird dann als Einzelmedikament beibehalten und in möglichst niedriger Dosis weiter gegeben. Dies nennt man „Erhaltungstherapie“, unter der die Leberwerte (GPT und GOT) normal bleiben sollten. Eine besonders häufige Nebenwirkung von Azathioprin ist eine verminderte Zahl von Blutzellen (Zytopenie), die in Extremfällen auch zu einer Knochenmarksuppression führen kann. Diese Blutbildveränderung betrifft knapp die Hälfte der Patienten, die Azathioprin nehmen; insbesondere die Blutplättchen und die weißen Blutkörperchen sollten daher alle sechs Monate überprüft werden. Unter Azathioprin kann auch das langfristige Risiko etwas (1,4-fach) höher sein, eine Krebserkrankung zu entwickeln. In einzelnen Fällen wird Azathioprin von Patienten gar nicht vertragen, und man muss auf andere Medikamente ausweichen.

Was, wenn die Standardtherapie nicht wirkt?

Etwa vier von fünf Patienten sprechen auf die Standardtherapie mit Predniso(lo)n plus Azathioprin gut an. Leider funktioniert die Therapie nicht immer so wie gewünscht – dies gilt auch für andere Kombinationstherapien wie z. B. Budesonid und Azathioprin: In einer solchen Situation normalisieren sich die Leberwerte und Immunglobuline auch bei längerer Therapiedauer nicht. In dem Fall sollten



Patienten sich mit ihren Ärzten zusammensetzen und offen besprechen, wo das Problem liegen könnte und wie man es am besten löst.

Ein Grund für das Therapieversagen kann darin liegen, dass Medikamente vergessen oder wegen Nebenwirkungen unregelmäßig eingenommen werden. Ebenso kann es aber passieren, dass die Medikamente einfach nicht ausreichend ansprechen, obwohl sie regelmäßig genommen werden.

Nicht-medizinische Ursachen: Gegen Vergessen gibt es Erinnerungshilfen wie z.B. Wecktöne auf dem Handy oder elektronische Tablettendosen. Bei einigen AIH-Patienten können auch depressive Verstimmungen die Einnahme beeinträchtigen; auch dies sollte besprochen werden, da es hier ebenfalls umfangreiche Hilfestellungen gibt.

Im Falle von **Nebenwirkungen** kann mit den Ärzten besprochen werden, inwieweit sich die Therapie anpassen lässt oder ob es gezielte Behandlungen für die Nebenwirkungen gibt.

Versagen der Medikamente: Bei einigen Patienten versagt die Therapie, obwohl sie ihre Medikamente regelmäßig einnehmen. Andere vertragen ihre Medikamente so schlecht, dass sie sie nicht einnehmen können.

In diesen Fällen kann man versuchen, andere immunsuppressive Substanzen einzusetzen. Zumeist stammen diese aus der Transplantationsmedizin. Hierzu gehören u.a. Mycophenolat-Mofetil (als Ersatz für Azathioprin), 6-Mercaptopurin, Cyclosporin oder Tacrolimus. All diese Medikamente können eigene Nebenwirkungen haben und sind aktuell nicht für AIH zugelassen. Eine Behandlung mit solchen Medikamenten ist experimentell und sollte nur von erfahrenen Ärzten durchgeführt werden.

Diagnose überprüfen: Wenn die immunsuppressive Therapie nicht ausreichend wirkt oder aufhört zu wirken, sollte die AIH-Diagnose unter Umständen erneut überprüft werden.

Möglicherweise liegt dann doch eine andere, bislang unerkannte Lebererkrankung vor. Ebenso kann auch ein sogenanntes „Überlappungssyndrom“ vorliegen, das sowohl Eigenschaften der Autoimmunhepatitis als auch einer weiteren Autoimmunerkrankung hat. Ein solches Syndrom kann von Anfang an vorliegen, aber auch Jahre später im Verlauf entstehen. Siehe hierzu das Kapitel „Sonderfall Überlappungssyndrom“.

Kann man die Medikamente irgendwann ganz absetzen?

Die immunsuppressive Therapie ist bei AIH oft lebenswichtig und führt dazu, dass die Entzündung schnell zurückgeht. Hierdurch kann sich die Leber wieder regenerieren. Selbst wenn schon Vernarbungen bestehen, können sich diese zumindest teilweise zurückbilden und wieder durch gesunde Zellen ersetzt werden.

Andererseits empfinden viele Patienten die Behandlung als belastend. Neben den oben beschriebenen Nebenwirkungen sind in einigen Fällen auch Komplikationen wie Bauchspeicheldrüsenentzündung oder starke seelische Veränderungen möglich.

Auch Langzeitwirkungen der Therapie sind nicht auszuschließen. Durch die ständige Unterdrückung des Immunsystems sind Patienten anfälliger für Infektionen und haben langfristig ein höheres Risiko verschiedener Krebserkrankungen (z. B. Haut-



tumore). Möglich sind auch brüchige Knochen (Osteopenie oder sogar Osteoporose) und Zuckerkrankheit (Diabetes).

Verständlicherweise wünschen sich die meisten Patienten, die AIH-Medikamente irgendwann ganz absetzen zu können. Dies gelingt bisher leider nur in Einzelfällen und dann erst nach einer mehrjährigen Therapie, bei der sich das Blutbild schon länger normalisiert hat. Auch der Untertyp der Autoimmunhepatitis könnte einen Einfluss haben: Beim AIH-Typ 1 scheinen Auslassversuche zumindest bei einer kleinen Patientengruppe zu funktionieren; beim AIH-

Typ 2, der oft schwerer verläuft, raten viele Ärzte aus Sorge um ihre Patienten grundsätzlich von Auslassversuchen ab. Bevor man überhaupt einen Auslassversuch wagt, sollte man zunächst absolut sichergehen, dass die Autoimmunvorgänge und die Entzündung sowohl im Blutbild als auch im Lebergewebe komplett zurückgegangen sind. Dafür werden Leberwerte (vor allem GPT) und Immunglobuline untersucht. Einige Ärzte empfehlen aus den o. g. Gründen auch, vor einem Auslassversuch noch einmal die Leber zu punktieren (Biopsie) und das Gewebe auf Entzündungszellen zu untersuchen.

Wenn es bei den Untersuchungen auch nur geringe Anzeichen einer Entzündung gibt – z. B. „milde Entzündung in der Leberpunktion“ oder „GPT geringfügig erhöht“, sollte man eher keinen Auslassversuch wagen: Der Rückfall wäre in dem Fall schon vorprogrammiert. Dies gilt umso mehr, wenn es Anzeichen einer stärkeren Entzündung gibt.

Doch selbst wenn man umsichtig vorgeht, flammt die Leberentzündung bei mehr als neun von zehn Patienten kurz nach dem Auslassversuch wieder auf. Danach muss die Therapie wieder in hoher Dosis neu begonnen werden. Unter Experten ist umstritten, ob man irgendwann wieder einen erneuten Auslassversuch wagen kann. Die meisten Ärzte raten davon ab, da sie davon ausgehen, dass die Leber durch wiederholte Entzündungsschübe nach vergeblichen Auslassversuchen schneller geschädigt wird.

Selbst wenn ein komplettes Ausschleichen der Medikamente nicht möglich ist oder nicht gelingt, gibt es eine tröstliche Nachricht: Für die meisten AIH-Patienten ist es nach einiger Zeit immerhin möglich, ihre Erkrankung mit einer niedrig dosierten Erhaltungstherapie mit Azathioprin dauerhaft unter Kontrolle zu halten. Hier sind die Nebenwirkungen in der Regel deutlich geringer ausgeprägt als zu Beginn der Therapie.

Alternativmedizin?

Die Immunsuppression hat Neben- und Langzeitwirkungen; doch leider ist keine sanfte, naturheilkundliche Behandlung bekannt, welche die Standardtherapie ersetzen könnte.

Ohne Immunsuppression verläuft AIH oft tödlich. Wenn Ihr Arzt Ihnen eine Immunsuppression empfiehlt, sollten Sie diese **nicht** zugunsten einer Alternativtherapie ablehnen, hinauszögern oder ohne Rücksprache die Dosis reduzieren.

Einige AIH-Patienten probieren zusätzlich zu ihrer Immunsuppression auch Mariendistel- oder Artischockenpräparate

bzw. homöopathische Mittel aus; diese werden gut vertragen, bieten aber bei AIH keinen Schutz für die Leber.

Viele Betroffene spüren auch keine Linderung ihrer Symptome und setzen diese Mittel irgendwann wieder ab.

Natur ist nicht immer harmlos: Es gibt Fallberichte über Leberschäden durch vermeintlich leberschützende Mittel wie Bärlapp oder Aloe Vera; die japanische Kräutermischung Sho-Saiko-to steht sogar im Verdacht, in

Einzelfällen den Ausbruch einer AIH herbeigeführt zu haben. Mittel wie das Johanniskraut (gegen leichte Depressionen) können wiederum Wechselwirkungen mit Immunsuppressiva haben und dürfen ohne Rücksprache mit dem Arzt auf keinen Fall eingenommen werden.

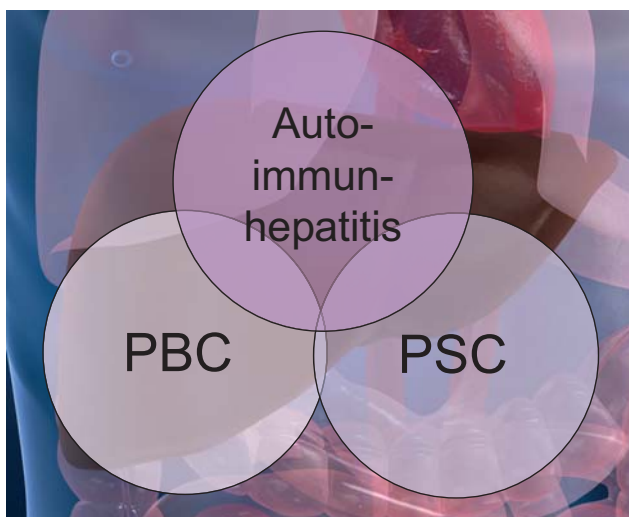
Immerhin kann man für die Knochen „ergänzend“ etwas tun: Calcium und Vitamin D werden von Fachärzten bei AIH oft empfohlen, um einer Osteoporose vorzubeugen (siehe S. 33).



Sonderfall „Overlap-Syndrom“

Bei einigen Patienten mit Autoimmunhepatitis liegen auch Anzeichen einer anderen chronischen, autoimmunen Leberkrankheit wie PBC oder PSC vor (siehe nächste Seite). In diesem Fall spricht man von einem **Overlap-Syndrom** oder **Überlappungssyndrom**.

Es ist unter Wissenschaftlern umstritten, ob es sich bei einem Overlap-Syndrom um zwei Erkrankungen, eine eigenständige Mischform oder eine vorherrschende Krank-



heit mit zusätzlichen Anzeichen einer zweiten Erkrankung handelt („Autoimmunhepatitis mit Merkmalen einer PBC“). Die Diagnose eines Overlap-Syndroms ist komplex, nicht immer eindeutig und selbst für erfahrene Ärzte eine Herausforderung. Neben verschiedenen Autoantikörpern und Immunglobulinen ist in der Regel auch eine Untersuchung des Lebergewebes bzw. der Gallengänge nötig. PBC und PSC treten besonders häufig als Overlap-Syndrome mit Autoimmunhepatitis auf und werden auf der folgenden Seite kurz beschrieben.

Die **Primär biliäre Cholangitis (PBC)** ist eine Entzündung der kleinen Gallengänge in der Leber. Durch die Freisetzung von schädlichen Gallensäuren kann sich schließlich die ganze Leber entzünden; dies kann im Endstadium zur Zirrhose führen. Bis zu 90% der Patienten sind Frauen. Die Therapie der PBC besteht in Kapseln mit Ursodeoxycholsäure, welche die schädlichen Prozesse bremsen. Aufgrund früherer Diagnosen und Therapien entwickeln viele PBC-Patienten heute keine Zirrhose mehr. PBC stand bis 2015 für „Primär biliäre Zirrhose“; der irreführende Name wurde geändert, weil er meist nicht zutrifft und regelmäßig zu Missverständnissen und Ängsten bei der Erstdiagnose führte. Ein Overlap-Syndrom aus Autoimmunhepatitis und PBC kann früher zu schweren Leberschäden führen als eine alleinige PBC. Behandelt wird das PBC/AIH-Überlappungssyndrom oft, als lägen beide Erkrankungen vor, also mit Ursodeoxycholsäure und Immunsuppressiva.

Die **Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)** betrifft die größeren Gallengänge in der Leber und wird etwas häufiger bei Männern gefunden. Auch hier kann letztendlich eine Zirrhose entstehen, zudem ist das Risiko von Gallenwegstumoren erhöht (Cholangiokarzinom, CCC). Häufig liegen bei PSC noch chronische Darmerkrankungen wie ein Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa vor. Der Nutzen von Ursodeoxycholsäure ist bei PSC umstritten. Häufig liegt der Fokus bei PSC in der Behandlung der Darmerkrankung sowie der Therapie von Komplikationen, z. B. Aufdehnen der Gallengänge oder Antibiotika-Gabe bei bakteriellen Entzündungen. Interessanterweise verläuft ein Overlap-Syndrom zwischen PSC und Autoimmunhepatitis oft langsamer als eine alleinige PSC. Woran dies liegt, ist aktuell nicht bekannt.

Lebensqualität bei AIH verbessern

Sowohl die Erkrankung selbst als auch Therapienebenwirkungen können die Lebensqualität beeinträchtigen. Zudem leiden viele Betroffene noch an weiteren Autoimmunerkrankungen z. B. der Schilddrüse. Man vermutet, dass bestimmte veränderte Gene nicht nur für Autoimmunhepatitis anfälliger machen, sondern auch für andere autoimmune Geschehen. Leider gibt es bei AIH bislang nur wenige allgemeine Maßnahmen, um die Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern.

Bei Therapienebenwirkungen gibt es momentan nicht viele allgemeingültige Empfehlungen. In enger Absprache mit den behandelnden Ärzten kann versucht werden, Nebenwirkungen durch vorsichtiges Herabsetzen der Dosis oder durch einen Präparatwechsel zu lindern.

Achtung: Therapieänderungen bei Autoimmunhepatitis sollten nur in Rücksprache mit Ihrem Facharzt oder Ihrer Fachärztin erfolgen. Ändern Sie bitte keinesfalls in Eigenregie die Dosis. Setzen Sie bitte auch nicht Ihre AIH-Medikamente eigenständig ab, ohne dies ärztlich zu besprechen und überwachen zu lassen. Sie riskieren sonst schwere Leberschäden bis hin zum Leberversagen.

Müdigkeit

Müdigkeit ist bei Autoimmunhepatitis ein häufiges Symptom, aber bislang wenig erforscht. Der bekannte Ausspruch „Müdigkeit ist der Schmerz der Leber“ reicht hier als alleinige Erklärung nicht aus: Nicht jeder Leberkranke ist aus den gleichen Gründen müde.

Bei AIH wird vermutet, dass die Müdigkeit vor allem durch die Leberentzündung bedingt ist. Bei einigen Patienten



verbessert die immunsuppressive Therapie daher auch gleichzeitig die Müdigkeit, wenn sich die Leberentzündung zurückbildet. Ebenso kennen wir aber Patienten, die sich unter der Therapie besonders müde fühlen.

Bei einer Leberzirrhose kann auch die schlechte Leberfunktion zusätzlich zur Müdigkeit beitragen: Dies gilt insbesondere, wenn die Leber das Blut nicht mehr ausreichend entgiftet und dadurch Störungen der Hirnfunktion auftreten („Hepatische Enzephalopathie“).

Bei der verwandten Autoimmunkrankheit PBC (Primär biliäre Cholangitis) ist die Müdigkeit mittlerweile etwas besser erforscht. Statt einer Leberentzündung gilt bei PBC der Gallestau als wahrscheinlichste Ursache für die Müdigkeit, der auch zu Ablagerungen im Gehirn führen kann. Daneben werden bei PBC auch andere Ursachen der Müdigkeit diskutiert, wie z.B. eine Störung des vegetativen Nervensystems (autonome Dysfunktion), Schlafstörungen, Restless-Legs-Syndrome und weitere Faktoren.

Doch woher kommt die Müdigkeit bei AIH? Ob das Bild hier genauso komplex ist wie bei PBC und ob einige der o.g. Ursachen auch hier eine Rolle spielen könnten, ist aktuell nicht bekannt. Leider steht die Forschung bei Autoimmunhepatitis bezüglich Müdigkeit noch ganz am Anfang.

Schmerzende Gelenke

Viele AIH-Patienten berichten über schmerzende Gelenke und rheumaähnliche Symptome. Grundsätzlich empfiehlt es sich hier, den Rat eines Rheumatologen einzuholen. Falls sich eine rheumatische Erkrankung mit typischen Blutwerten und Schädigungen der Gelenke herausstellt, kann eine Rheumatherapie helfen.



Bei vielen AIH-Patienten lassen sich solche typischen Erscheinungen aber nicht feststellen. Diese haben zwar zum Teil ausgeprägte Gelenkschmerzen, aber es finden sich keine typischen Marker im Blut, auch sieht man keine typischen Schädigungen der Gelenke. Diese Beschwerden können zum Teil schon durch die immunsuppressive Therapie deutlich zurückgehen. Wie sich diese Beschwerden darüber hinaus lindern lassen, wird derzeit erforscht.

Bei starken Schmerzen können auch Schmerzmittel eingesetzt werden; da diese insbesondere bei längerem Gebrauch auch belastend für die Leber sein können, müssen hier Nutzen und Risiken im Gespräch mit den behandelnden Ärzten abgewogen werden.

Gewichtszunahme

Cortison kann Heißhungerattacken auslösen, die dann zu einer Gewichtszunahme führen. Vielen Betroffenen fällt es verständlicherweise schwer, diesen Hungerattacken zu widerstehen. Dieses Problem bessert sich häufig, wenn im

Laufe der Therapie die Cortison-Dosis gesenkt wird. Es gibt keine spezielle Diät für Autoimmunhepatitis.

Hautprobleme

Unterschiedliche Hautprobleme können sowohl im Rahmen der Autoimmunhepatitis als auch aufgrund der Therapie auftreten.

Unter Predniso(lo)n kommt es häufig zu trockener, dünner und empfindlicher Haut (Geldscheinhaut) mit Neigung zu Rötungen. Meiden sollte man starke Sonneneinstrahlung und vor allem Solarien, da die Haut hier besonders empfindlich reagiert und schnell geschädigt wird. Rückfettende Cremes können hilfreich sein.

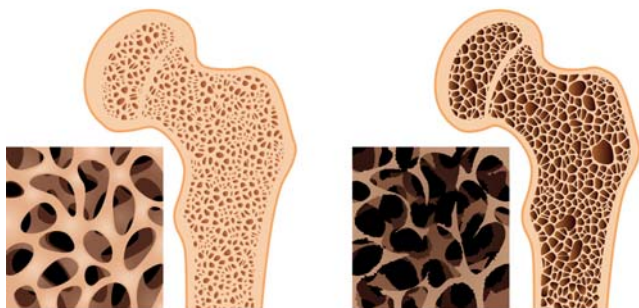
Unreine Haut und Pickel werden ebenfalls häufig unter Predniso(lo)n beobachtet.

Therapiebedingte Hautprobleme können sich zurückbilden, wenn die Dosis im Laufe der Behandlung gesenkt wird. Grundsätzlich sollte bei Hautproblemen auch der Rat eines Dermatologen hinzugezogen werden.

Durch die immunsuppressive Therapie, insbesondere durch das Azathioprin, kann das Risiko bestimmter Hauttumoren ansteigen. Daher kann eine regelmäßige Überprüfung der Haut (ebenfalls durch Dermatologen) sinnvoll sein.

Osteoporose

Die Langzeittherapie mit Cortison kann die Knochendichte beeinträchtigen und eine Osteopenie oder Osteoporose herbeiführen, wodurch ein erhöhtes Risiko von Knochenbrüchen besteht. Um dem entgegenzuwirken, nehmen viele Patienten Vitamin-D- und Calciumpräparate ein – häufig auf eigene Kosten, da diese oft nicht von den Kassen erstattet werden. In schwereren Fällen können auch Biphosphonate als Kassenleistung vom Arzt verschrieben werden. Zudem sollte regelmäßig – einmal im Jahr – die Knochendichte untersucht und überprüft werden.



gesunder Knochen

Osteoporose

Depressionen

Bei Patienten mit Autoimmunhepatitis werden Depressionen häufiger beobachtet als in der Allgemeinbevölkerung. Es ist derzeit nicht geklärt, ob es dabei einen direkten Einfluss der AIH oder der Leberkrankheit auf den Stoffwechsel gibt, welcher Depressionen begünstigt.

Auch die Immunsuppression kann direkt oder indirekt Depressionen begünstigen. Die nebenwirkungsreiche Dauertherapie kann auch zu psychischen Veränderungen führen. Auch „kosmetische“ Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Vollmondgesicht und unreine Haut können dazu führen, dass Betroffene sich nicht nur unwohl, sondern unattraktiv fühlen – dies kann für Frauen ebenso wie für Männer seelisch belastend sein.

Unabhängig von körperlichen Einflüssen können auch Begleitumstände der AIH bei einigen Patienten zu Depressionen beitragen. Viele Betroffene haben Zukunftsängste und fürchten sich vor Spätfolgen wie z. B. einer Zirrhose.

Wie bei anderen Leberkrankungen berichten auch einige AIH-Patienten über Stigmatisierung im Umfeld. So glauben Laien oft, dass jeder Leberkranke automatisch auch ein Alkoholproblem habe (was bei Autoimmunhepatitis natürlich Unsinn ist). Ein anderer Irrtum betrifft das Wort „Hepatitis“. Viele denken dabei an eine Infektion, obwohl



AIH keine ansteckende Erkrankung ist. Dass „Hepatitis“ wörtlich übersetzt einfach nur „Leberentzündung“ bedeutet, wissen die Wenigsten. Wenn auch Ihnen dies passiert, könnten Sie versuchen, überängstlichen Außenstehenden zu erklären, AIH sei „wie eine Allergie gegen die eigene Leber“. Gerne können Sie sie auch auf die Webseite der Leberhilfe verweisen, um sich über AIH zu informieren: www.leberhilfe.org/lebererkrankungen/autoimmunhepatitis Egal ob Depressionen durch Lebensumstände, Zukunftsängste, Stoffwechselveränderungen, Krankheitssymptome oder Nebenwirkungen bedingt sind: **Man kann viel dagegen tun!** Wenn Sie bei sich häufiger düstere Gedanken bemerken, sprechen Sie daher bitte Ihre Ärzte darauf an. Je nach Situation können Gesprächs- und Verhaltenstherapien eine Verbesserung bewirken, in einigen Fällen auch eine medikamentöse Behandlung. Wenn Depressionen auf Frust wegen Nebenwirkungen zurückgehen, kann dies sich schon bessern, wenn die Dosis im Laufe der Therapie gesenkt oder die Medikation ggf. umgestellt wird.

Schwangerschaft und Stillen

Patientinnen mit Autoimmunhepatitis können grundsätzlich schwanger werden und gesunde Kinder zur Welt bringen. In einigen Fällen konnten sogar AIH-Patientinnen, die vorher an ausbleibender Menstruation litten (Amenorrhö), dank der Immunsuppression erstmals schwanger werden. Allerdings könnten die Schwangerschaftsrisiken für Mutter und Kind höher sein als in der Allgemeinbevölkerung. Dies gilt insbesondere, wenn schon eine fortgeschrittene



Zirrhose mit Komplikationen wie Wasserbauch oder Krampfadern in der Speiseröhre vorliegt.

Die Leberentzündung geht während der Schwangerschaft oft zurück, flammt aber nach der Entbindung häufiger auf, wenn das Immunsystem wieder aktiv wird. Entzündungsschübe *während* der Schwangerschaft werden seltener beobachtet, sind aber ebenfalls möglich.

Viele Patientinnen machen sich Sorgen, dass die Medikamente ihr Kind schädigen könnten; in der Regel überwiegt aber der Nutzen die Risiken. Häufig führen Ärzte eine immunsuppressive Therapie auch während der Schwangerschaft weiter durch; dies wird auch z.B. in den deutschen und europäischen Leitlinien empfohlen.

Zu beachten ist jedoch die Wahl und die Dosis der Medikamente: Dies gilt sowohl bei Kinderwunsch als auch, wenn eine Schwangerschaft bereits überraschend eingetreten ist. Inwieweit eine AIH-Therapie dann angepasst oder fortgeführt wird, ist eine individuelle Entscheidung. Bitte stimmen Sie dies gemeinsam mit Ihrem Hepatologen und Gynäkologen ab!

Predniso(lo)n gilt während der Schwangerschaft als weniger riskant als die anderen hier aufgeführten Immunsuppressiva, hier gilt aber ebenso wie bei den nachfolgend genannten Substanzen: Holen Sie sich Rat sowohl von hepatologischer als auch von gynäkologischer Seite.

Azathioprin wirkte in Tierversuchen fruchtschädigend, wurde dabei aber in vielfach erhöhter Dosis eingesetzt. Bei Menschen wurde dies in Normaldosis bislang nicht beobachtet. Die Deutschen Leitlinien erlauben, Azathioprin auch in der Schwangerschaft einzusetzen, allerdings nur wenn Patientinnen ausführlich aufgeklärt und Nutzen sowie Risiken im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden.

Budesonid war in Tierstudien ebenfalls fruchtschädigend. Bei Menschen liegen keine ausreichenden Erfahrungen vor. Die Fachinformation von Budesonid rät daher in der Schwangerschaft von dieser Substanz ab, mit der Einschränkung „es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich“.

Mycophenolat-Mofetil (MMF) ist fruchtschädigend und darf *nicht* bei Schwangerschaft oder Kinderwunsch eingenommen werden. Für Autoimmunhepatitis ist MMF derzeit ohnehin nicht zugelassen, wird aber mitunter „off-label“ bei Unverträglichkeit als Azathioprin-Ersatz eingesetzt.

Stillen unter Immunsuppression ist ein umstrittenes Thema. Laut der deutschen Leitlinie sind durch Azathioprin beim Stillen keine Nebenwirkungen beim Kind bekannt, laut Fachinformation ist dies aber kontraindiziert. Auch bei anderen Medikamenten ist unklar, inwieweit diese in die Muttermilch übergehen. Lassen Sie sich zum Stillen ärztlich beraten!

Ernährung

Es gibt keine speziellen Diätvorschriften für Patienten mit Autoimmunhepatitis. Ob Unverträglichkeiten bei AIH insgesamt öfter auftreten als bei anderen Menschen, ist derzeit nicht bekannt. Falls Sie ein Nahrungsmittel persönlich nicht vertragen, sollten Sie dieses aber natürlich meiden! Ansonsten gilt bei AIH eine **allgemein gesunde Ernährung**, wie sie auch für Gesunde empfohlen ist, nach dem Prinzip der „Ernährungspyramide“: Manche Nahrungsmittel wie



Wasser, Gemüse, Obst und Getreideprodukte sollten z. B. mehr verzehrt werden als Fleisch. Stark fett- oder zuckerhaltige Nahrung wie Junkfood und Softdrinks sollten möglichst gemieden werden. Süßigkeiten sollte man insgesamt nur sehr in Maßen genießen.

Wie bei allen Lebererkrankungen sollten Sie natürlich auch auf Alkohol möglichst verzichten. Alkohol ist nicht die Ursache der AIH, aber eine zusätzliche Belastung für die kranke Leber; je mehr man davon konsumiert, desto eher kann dies die Leberschädigung beschleunigen.

Unklar ist noch die Rolle von Kaffee bei Autoimmunhepatitis. Bei einigen anderen Leberleiden wie Fettleber, Hepatitis B oder C hatte Kaffee in Studien einen positiven, leberschützenden Effekt. Leider kennen wir bislang keine Studien, welche dies auch bei AIH untersucht haben.

Wenn eine fortgeschrittene Leberzirrhose mit Komplikationen vorliegt, können Einschränkungen nötig werden. Bei einem Wasserbauch (Aszites) sollte die Salzzufuhr beschränkt werden, da Salz zusätzlich Flüssigkeit bindet. Darüber hinaus sollte mit den behandelnden Ärzten besprochen werden, welche Flüssigkeitsmenge pro Tag getrunken werden darf und sollte.

Bei Krampfadern in der Speiseröhre (Ösophagusvarizen) sollte man möglichst nichts Scharfkantiges essen wie z. B. Knäckebrot, um die Krampfadern nicht zu verletzen und Blutungen zu vermeiden.

Wenn die kranke Leber das Blut schlechter entgiftet, kann dies auch zu Vergiftungserscheinungen im Gehirn führen („Hepatische Enzephalopathie“, HE). Giftige Abbauprodukte aus dem Darm wie z. B. Ammoniak können ungefiltert ins Gehirn gelangen und dort die Funktion stören. Obwohl Ammoniak vor allem entsteht, wenn Eiweiß verdaut wird, wird heute nur noch selten empfohlen, die Eiweißzufuhr allgemein zu senken. Eiweißmangel kann dazu führen, dass Muskeln abgebaut werden und Patienten schneller abmageren. Dies ist bei Zirrhose ohnehin ein Problem und kann Patienten sehr schwächen. Zudem kommt eine HE nicht immer von Eiweiß, sondern kann u. a. auch durch Infektionen oder Blutungen im Magen-Darm-Trakt ausgelöst werden. Daher wird heute eine Eiweißreduktion bei HE nur noch empfohlen, wenn Eiweiß eindeutig die Ursache der Hirnstörungen ist (etwa, wenn Hirnstörungen nach einer eiweißreichen Mahlzeit auftraten oder schlimmer wurden); auch dann erfolgt die Eiweißreduktion nur vorübergehend und unter engmaschiger ärztlicher Überwachung.

Impfungen

Wer bereits an einer chronischen Lebererkrankung leidet, ist anfälliger für weitere Infektionen, die zudem auch schwerer verlaufen können. Dies gilt auch bei der Autoimmunhepatitis. Hier kann die Infektabwehr durch die immunsuppressive Therapie herabgesetzt sein.

Infektionen mit Grippeviren können bei chronisch Leberkranken schwerer verlaufen als in der Allgemeinbevölkerung. Kommt eine Infektion mit Hepatitis-Viren zur Autoimmunhepatitis hinzu, kann dies die Leberentzündung erheblich verschlimmern.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfiehlt daher für Leberkranke sowohl jährliche Grippeimpfungen als auch eine Impfung gegen Hepatitis A und B. Da Impfungen das Immunsystem stimulieren, haben einige AIH-Patienten Sorge, dass eine Impfung ihre Autoimmunkrankheit verschlechtern könnte. Dies ist umstritten und, wenn überhaupt, eine Rarität. Es gibt sehr seltene Einzelfallberichte, wo eine bis dahin unbekannte AIH erstmals nach einer Impfung gegen Hepatitis A und/oder B auffällig wurde. Es ist nicht immer klar, ob die Erkrankung dann tatsächlich erstmals neu auftrat. Ob die Impfung in diesen Fällen wirklich die Ursache war oder einfach zufällig in diesem Zeitraum erfolgte, wird ebenfalls kontrovers diskutiert. In mindestens einem dieser Fälle war die AIH schon unerkannt vorhanden und wurde erst entdeckt, weil sie sich verschlechterte – die Leber war erkennbar schon über längere Zeit chronisch geschädigt worden.

Wir kennen bislang keinen einzigen Fall, wo Patienten bereits wegen AIH behandelt wurden und sich diese dann bei einer Impfung verschlechterte.

Bei behandelten AIH-Patienten stehen eher zwei andere Probleme im Vordergrund, wenn es um Impfungen geht: Erstens kann der Erfolg durch die immunsuppressive The-

rapie herabgesetzt sein, sodass Patienten seltener überhaupt einen Impfschutz aufbauen. Zweitens: Wer immunsuppressive Medikamente nimmt, darf nur sogenannte Totimpfstoffe verwenden. Diese enthalten vollständig abgetötete Erreger oder inaktive Erregerbestandteile, die nicht einmal in abgeschwächter Form zu Infektionen führen können. Hierzu gehören die Hepatitis-Impfungen ebenso wie die meisten (nicht alle!) Grippeimpfungen. Anders als viele glauben, wird man bei einer Hepatitis-A- und -B-Impfung *nicht* angesteckt, nicht einmal in abgeschwächter Form. Lebendimpfstoffe enthalten dagegen abgeschwächte, aber noch infektiöse Erreger – diese darf man nicht verwenden, wenn das Immunsystem durch Medikamente bereits unterdrückt wird, weil es sonst zu einer echten Infektion kommen kann.

Trotz der Bedenken einiger AIH-Patienten gilt also: Impfen gegen Grippe sowie Hepatitis A und B ist besser als Nicht-Impfen. Idealerweise sollte die Hepatitis-Impfung erfolgen, bevor die immunsuppressive Therapie das Immunsystem „herunterfährt“ und der Impfstoff ggf. weniger wirkt. Bei dringendem Therapiebedarf sollte die Behandlung aber auch nicht auf die lange Bank geschoben werden.

Nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts sollten immungeschwächte Patienten, also alle länger mit Immunsuppressiva behandelten Menschen, auch gegen Pneumokokken (Erreger der Lungenentzündung) geimpft werden. Außerdem muss darauf geachtet werden, alle erforderlichen Auffrischimpfungen zu beachten, also den Impfpass regelmäßig mit dem Hausarzt durchzusehen.

Autoimmunhepatitis und Tumoren

Das Immunsystem ist auch für die Tumorabwehr verantwortlich. So haben Patienten mit langjähriger immunsuppressiver Therapie ein leicht erhöhtes Tumorrisiko. Deshalb sollten sie alle allgemein empfohlenen Krebsvorsorgeuntersuchungen besonders penibel in Anspruch nehmen. Unter der Einnahme von Azathioprin ist insbesondere das Risiko von Hauttumoren erhöht, sodass eine jährliche hautärztliche Vorsorgeuntersuchung empfohlen wird.

Autoimmunhepatitis und Sport

Regelmäßiger Sport ist generell bei Leberkrankheiten erlaubt und wirkt sich günstig auf den Körper und das Gesamtbefinden aus. Dies gilt auch für Autoimmunhepatitis. Gar keine Sorgen sollten Sie sich wegen des Ausspruchs „Sport ist gut für das Immunsystem“ machen: Das heißt nicht, dass Ihr Immunsystem deswegen plötzlich stärker gegen Ihre Leber angehen würde.

Die individuelle Belastungsgrenze ist je nach Mensch verschieden. Leistungssport kann sich unter Umständen eher belastend als gesundheitsfördernd auswirken. Trotzdem gilt auch hier: Jeder Mensch ist unterschiedlich – auch mit AIH. Für den einen sind zehn Minuten Joggen schon eine Zumutung, für einen anderen ist ein Marathonlauf eine Inspiration. Hören Sie auf die Signale Ihres Körpers.

Einschränkungen und Vorsichtsmaßnahmen können bestehen, je nachdem, an welchen Symptomen Patienten leiden, und wie weit ihre Leberkrankheit fortgeschritten ist: Da die Haut oft durch die Therapie sehr dünn und empfindlich sein kann, sollten eher Sportarten gewählt werden, wo Sie keiner intensiven Sonnenstrahlung ausgesetzt sind. Bei

Gelenkbeschwerden kann die Beweglichkeit zudem z.B. aufgrund von Schmerzen eingeschränkt sein. Bei Osteoporose sollte eine starke Belastung der Knochen vermieden werden, da es insbesondere bei harten „Kontaktsportarten“ wie z.B. Fußball, Rugby oder Kampfsport schneller zu Brüchen kommen kann.

Bei fortgeschrittener Zirrhose mit Krampfadern in Speiseröhre oder Magen besteht ein erhöhtes Risiko, dass diese bei plötzlicher oder starker Anstrengung platzen und eine Blutung auslösen können.

Wenn Sport für Sie z.B. aufgrund von Müdigkeit und Erschöpfung nicht machbar ist, können auch kleine Spaziergänge und sogar Singen förderlich sein.

Lebertransplantation wegen AIH

Dank der immunsuppressiven Therapie benötigt ein großer Teil der AIH-Patienten heute keine Lebertransplantation mehr. Doch leider kommt es bei einzelnen Patienten doch zum fortschreitenden Verlauf oder die Diagnose wird erst im Zirrhosestadium gestellt. Wenn absehbar ist, dass die Leber ihre lebenswichtigen Funktionen nicht mehr lange aufrechterhalten kann, können sich schwer Leberkranke von ihrem Arzt auf die Warteliste zur Lebertransplantation setzen lassen. Die Organverteilung richtet sich derzeit danach, wie krank ein Patient ist: Wer am kränksten ist, erhält als Erster das nächste frei werdende, passende Spenderorgan. Nach der Organtransplantation ist eine – in der Regel lebenslange – Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten notwendig, um Abstoßungsreaktionen des Körpers zu unterbinden. Bei bis zu einem Drittel der AIH-Patienten kann es auch in der neuen Leber zu



einem Rückfall (Rezidiv) der Autoimmunhepatitis kommen. In dem Fall wird die Immunsuppression unter Umständen erhöht oder durch zusätzliche Medikamente erweitert.

Sonderfall: Erstmals AIH nach Lebertransplantation („De-novo-AIH“)

Eine Autoimmunhepatitis kann auch erstmals auftreten, wenn Patienten aufgrund einer anderen chronischen Lebererkrankung transplantiert worden sind. Diese wird als „de novo“-Autoimmunhepatitis bezeichnet. Ob der Begriff Autoimmunhepatitis in diesem Kontext wirklich passt, ist umstritten: Denn AIH richtet sich ja eigentlich gegen körpereigene Zellen, nach einer Lebertransplantation betrifft diese Immunreaktion aber ein fremdes, neues Organ. Eine „De-novo-AIH“ ist auf den ersten Blick kaum von einer allgemeinen Abstoßungsreaktion des Körpers gegen das fremde Organ zu unterscheiden. Wie bei der klassischen Autoimmunhepatitis ist auch die „De-novo-AIH“ eine komplexe Diagnose, zu der Autoantikörper, eine Biopsie sowie der Ausschluss anderer Lebererkrankungen gehört. Die Unterscheidung ist jedoch hilfreich, da hier die Wahl der immunsuppressiven Medikamente unter Umständen eher an die Autoimmunhepatitis angepasst wird.

Ausblick in die Zukunft

Autoimmunhepatitis ist für die meisten Menschen ein lebenslanger Begleiter. Nur eine Minderheit der Betroffenen hat das Glück, ihre Medikamente irgendwann ganz absetzen zu können. Die heute verfügbaren Therapien haben Neben- und Langzeitwirkungen, sind aber oft überlebenswichtig und sprechen in der Regel gut an. Die Leberentzündung bildet sich hierdurch zurück und das erkrankte Organ kann sich oft noch zum Teil erholen. Mit AIH alt zu werden, ist heute also oft möglich. Das Hauptziel bleibt vorerst, Patienten vor einer Lebertransplantation zu bewahren, indem man sie möglichst früh diagnostiziert und medikamentös richtig einstellt.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Broschüre (Dezember 2018) ist noch kein Durchbruch bei der Ursachen- oder der Therapie der AIH absehbar. Die AIH rückt jedoch langsam wieder in den Mittelpunkt der Forschung. Die Abläufe der Erkrankung ebenso wie die Bedeutung der Autoantikörper werden immer besser verstanden. Dringender Bedarf besteht an Studien zur Frage, wie sich die Lebensqualität bei AIH verbessern lässt. Wünschenswert wäre hier eine intensivere Zusammenarbeit von verschiedenen Fachbereichen wie z. B. Hepatologen mit Rheumatologen, Dermatologen, Gynäkologen und Diabetologen.



Quellen:

Strassburg C et al.: S2k Leitlinie Autoimmune Lebererkrankungen. AWMF-Reg. Nr. 021-27. Z Gastroenterol 2017; 55: 1135-1226.

Lohse AW, Chazouillères O, Dalekos G, Drenth J, Heneghan M, Hofer H, Lammert F, Lenzi M: EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. Journal of Hepatology 2015 vol. 63 j 971-1004.

Gleeson D, Heneghan MA: British Society of Gastroenterology (BSG) guidelines for management of autoimmune hepatitis. Gut (2011). doi:10.1136/gut.2010.235259.

Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, Krawitt EL, Mieli-Vergani G, Vergani D, Vierling JM: AASLD PRACTICE GUIDELINES: Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis. Hepatology, Vol. 51, No. 6, 2010.

Katou K, Mori K: Autoimmune hepatitis with drug-induced pneumonia due to Sho-saiko-to. Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi. 1999 Aug;37(8):641-6.

Rabe C, Musch A, Schirmacher P, Kruis W, Hoffmann R: Acute hepatitis induced by an Aloe vera preparation: A case report. World J Gastroenterol 2005;11(2):303-304.

AIH-Kontaktliste der Deutschen Leberhilfe e. V. (kostenfrei)

Die Deutsche Leberhilfe e. V. hat eine Kontaktliste für Patienten mit Autoimmunhepatitis (AIH) ins Leben gerufen. Nutzen Sie diese Gelegenheit zum Austausch mit anderen Betroffenen!

- Schicken Sie mir die kostenlose und unverbindliche Kontaktliste von AIH-Betroffenen, die an einem Austausch mit anderen Patienten interessiert sind.
- Ich möchte selbst kostenlos und unverbindlich auf die Kontaktliste für AIH-Patienten gesetzt werden und bin damit einverstanden, wenn diese anderen Betroffenen mit AIH zugänglich gemacht wird. Ich weiß, dass meine Daten dem Datenschutz unterliegen und von der Deutschen Leberhilfe e. V. ausschließlich an andere Betroffene weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift

Hinweis: Mit dieser Unterschrift allein gehen Sie noch keine Mitgliedschaft in der Deutschen Leberhilfe e. V. ein, sondern stimmen nur zu, die AIH-Kontaktliste zu erhalten bzw. selbst darauf gesetzt zu werden. Hierdurch entstehen Ihnen keine Kosten.

Zahlende Mitglieder der Leberhilfe genießen weitere Vorteile wie z. B. regelmäßige Informationen und Beratung. Bei Interesse an einer Mitgliedschaft bitten wir Sie, zusätzlich den Antrag auf den folgenden Seiten herauszutrennen und uns unterschrieben zuzusenden.

Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten (Name, Adresse, evtl. Telefon-Nr., Fax + E-Mail) in Blockschrift auf der nächsten Seite an.



Absender (bitte gut leserlich in Blockschrift schreiben)

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

bitte frei-
machen

Deutsche Leberhilfe e.V.
Krieler Str. 100
50935 Köln

Mitgliedsantrag (kostenpflichtig)

Ja, ich möchte die Arbeit der Deutschen Leberhilfe e.V. unterstützen, und zwar als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ordentliches Mitglied mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von **52,00 Euro***.
- ordentliches Mitglied mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag in selbst gewählter Höhe von EUR _____ (mind. 52,00 Euro).

Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens einen Monat vor Ablauf des Kalenderjahres (30.11.) die schriftliche Kündigung erfolgt.

Gleichzeitig ermächtige ich die Deutsche Leberhilfe e.V. widerruflich, den Betrag von folgendem Konto abzubuchen:

IBAN: _____

BIC: _____

Absender

Name, Vorname**: _____

Straße, Hausnr.**: _____

Postleitzahl, Ort**: _____

Telefon**: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Erkrankung: _____

Datum, Unterschrift**: _____

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Mitgliedsantrag an unsere Postadresse (siehe Rückseite)

***Hinweis:** Bei Versandadressen im Ausland gelten unterschiedliche Preise für die Mitgliedschaft: 59,- Euro/Jahr im europäischen Ausland und 65,- Euro/Jahr im außereuropäischen Ausland

****Pflichtfelder**



Absender (bitte gut leserblich in Blockschrift schreiben)

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

bitte frei-
machen

Deutsche Leberhilfe e. V.
Krieler Str. 100
50935 Köln

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

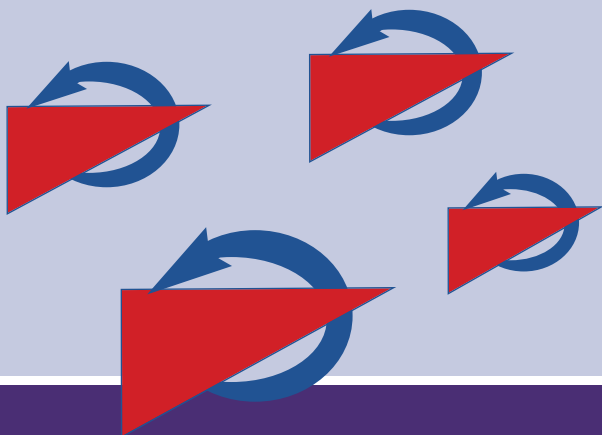
die Autoimmunhepatitis ist eine relativ seltene Erkrankung und daher nur wenigen Menschen bekannt. Betroffene sehen sich oft nicht nur mit einer ernsten Diagnose konfrontiert, sondern stoßen in ihrem Umfeld auch auf Unverständnis und Vorurteile.

Die immunsuppressive Therapie ist mit vielen Sorgen und Ängsten verbunden, aber meist lebensnotwendig. Bis heute ist keine „sanfte“ und nebenwirkungsfreie Alternative bekannt, die die Standardtherapie ersetzen könnte. Mit einer Therapie lässt sich die Autoimmunhepatitis jedoch viel öfter in den Griff bekommen als viele andere Lebererkrankungen.

Noch gibt es sehr wenig örtliche Selbsthilfegruppen für Autoimmunhepatitis. Es wäre wünschenswert, dass sich Betroffene noch mehr untereinander austauschen. Wenn Sie Austausch mit anderen Betroffenen suchen oder eine Gruppe gründen wollen, steht Ihnen die Deutsche Leberhilfe e.V. gerne beratend zur Seite.

Noch ein Wort in eigener Sache: Die Deutsche Leberhilfe e.V. finanziert sich über Spenden und Mitgliedsbeiträge. Mit Spenden oder Ihrer Mitgliedschaft helfen Sie uns, unsere Beratung auch weiterhin anbieten zu können. Unsere Mitglieder erhalten viermal jährlich unsere Zeitschrift „Lebenszeichen“, die über den Stand der Therapie und Forschung bei Lebererkrankungen berichtet. Falls Sie an einer Mitgliedschaft interessiert sind, können Sie bei uns gerne ein kostenloses Ansichtsexemplar der „Lebenszeichen“ anfordern.

Ihre Deutsche Leberhilfe e.V.



Wenn Sie zu Lebererkrankungen weitere Fragen haben, in Ihrer Nähe einen Leberspezialisten oder eine Selbsthilfegruppe suchen, können Sie sich gern an uns wenden.

Deutsche Leberhilfe e.V.

Krieler Str. 100 – 50935 Köln

Tel.: 02 21/28 29 980 – Fax: 02 21/28 29 981

www.leberhilfe.org – info@leberhilfe.org

Wir danken der Firma Dr. Falk Pharma GmbH für die
Förderung dieser Broschüre.