



rehborn.rechtsanwälte | Hansastraße 30 | 44137 Dortmund

Bundesärztekammer
Geschäftsstelle Transplantationsmedizin
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hansastraße 30
44137 Dortmund

rehborn.com

Vorab per E-Mail: transplantationsmedizin@baek.de

Sachbearbeiter
RA Prof. Dr. Rehborn

Durchwahl
fon 02 31 | 22 243 | 112
fax 02 31 | 22 243 | 184

Unser Zeichen
456/17R01 R/AK/PB/IP

E-Mail
vorz.m.rehborn@rehborn.com

Dortmund, 20. April 2017

Gegenvorstellung

zum

Kommissionsbericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission

**Prüfung des Lebertransplantationsprogramms des
Universitätsklinikums Essen am 9. und 10. Mai 2016 sowie am 12.
und 13. Dezember 2016.**

Prof. Dr. Martin Rehborn
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Honorarprofessor der Universität zu Köln

Dr. Norbert Berger
Rechtsanwalt und Notar
Fachanwalt für Steuerrecht

Dr. Ingeborg Koutsos
Rechtsanwältin und Notarin
Fachanwältin für Handels- und
Gesellschaftsrecht

Ulrich Rehborn
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Dirk Timmermann
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Birgit Rehborn
Rechtsanwältin

Dr. Inken Kunze
Rechtsanwältin und Ärztin
Fachanwältin für Medizinrecht

Claudia Mareck
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Lehrbeauftragte der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dr. Stefan Hübel
Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. Dr. Astrid Windels-Pietzsch
Rechtsanwältin und Zahnärztin

Helena Vennemann
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Dr. Michael Ossege, LL.M
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

I. Vorbemerkung

Die nachfolgende Gegenvorstellung verfolgt ein doppeltes Ziel:

- Im Zentrum steht eine detaillierte Auseinandersetzung mit den von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission erhobenen Vorwürfen im Zuge der „Prüfung des Lebertransplantationsprogramms“ des Universitätsklinikums Essen.
- Diese Auseinandersetzung ist in eine grundsätzlich ausgerichtete Kritik an der Kontrolltätigkeit der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission(en) eingebettet.

Nach Auffassung des Universitätsklinikums Essen begegnet der Kommissionsbericht in beiderlei Hinsicht durchgreifenden Bedenken.

Die nachfolgenden Ausführungen sind wie folgt gegliedert:

- Zunächst sind die grundsätzlichen Einwände gegenüber der Kontrolltätigkeit der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission(en) zu formulieren

dazu im Folgenden unter II.

- Sodann sind die im Kommissionsbericht angesprochenen Themenbereiche, nämlich
 - die Praxis des sog. Rescue-Verfahrens,
 - die behaupteten Verstöße bei der Anmeldung einer Standard Exception,
 - die behauptete Nicht-Beachtung der sechsmonatigen Karenz bei einer äthyltoxischen Leberzirrhose,

gesondert in den Blick zu nehmen

dazu im Folgenden unter III.-V.

II. Durchgreifende rechtliche Bedenken gegen die Kontrolltätigkeit der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission

In vierfacher Hinsicht bestehen durchgreifende rechtliche Bedenken gegen die Kontrolltätigkeit der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission, nämlich

- im Blick auf den Status und die Legitimität der Kontrollinstanz selbst,
- im Blick auf das Kontrollobjekt und den Kontrollgegenstand,
- hinsichtlich des Kontrollprogramms und des Kontrollmaßstabs,
- hinsichtlich der Entscheidungsfindung und Beschlussfassung.

1. Die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – kein gesetzeskonformer Kontrolleur

Das Transplantationsgesetz (TPG) konstituiert in seinen §§ 11 Abs. 3 bzw. 12 Abs. 5 ein dualistisches Kontrollregime. Danach sind die sog. Vertragspartner, d. h. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam, angehalten, *jeweils* eine Kommission einzusetzen, um ihren Verpflichtungen nachzukommen, zum einen die Einhaltung der Bestimmungen des DSO-Vertrages zu überwachen, zum anderen die Einhaltung der Bestimmungen des Vertrages mit der Vermittlungsstelle - Stiftung Eurotransplant International Foundation (im Folgenden auch: ET) zu überprüfen. Diese Dualität von Überwachungskommission einerseits und Prüfungskommission andererseits entspricht der vom TPG bewußt vorgenommenen Unterscheidung bzw. Trennung von Organentnahme und Organvermittlung.

Näher hierzu und zum folgenden: *Wolfram Höfling*, Rechtsgutachtliche Stellungnahme zu einigen Aspekten (der Prüfung) des Lebertransplantationsprogramms des Universitätsklinikums Essen, Februar 2017, S. 32 ff., **Anlage 1**

Die gegenüber dem Universitätsklinikum Essen erhobenen Vorwürfe betreffen ausschließlich – behauptete – Allokationsauffälligkeiten (einschließlich Wartelistenauffälligkeiten) und damit den durch § 12 TPG erfassten Kontrollbereich.

Die Durchführung der Kontrolle im Mai und Dezember 2016 erfolgte dann aber – wie der Kommissionsbericht an etlichen Stellen deutlich macht – durch zwei Kommissionen,

siehe beispielsweise Kommissionsbericht, S. 2: „... *haben die Kommissionen* ...“ aaO, S. 3: „*Hierbei gehen die Kommissionen zwar davon aus* ...“; aaO, S. 15: „*Soweit die Kommissionen* ...“

an denen die jeweiligen Vorsitzenden der Überwachungskommission einerseits und der Prüfungskommission andererseits teilgenommen haben. Der Kommissionsbericht selbst ist dann auch unterzeichnet durch die Vorsitzende der Prüfungskommission und den Vorsitzenden der Überwachungskommission.

In einem Akt der Selbstermächtigung wird dabei kurzerhand eine neue Kontrollinstanz geschaffen: die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission. Das aber kollidiert mit den gesetzlichen Vorgaben und unterläuft mit der Zusammenführung unterschiedlicher Kontrollkompetenzträger zugleich die dualistische Konstruktion des TPG mit der Unterscheidung der Abläufe bei der Organvermittlung und der Koordinierung der Organentnahme.

Im Verfassungsstaat des Grundgesetzes zielt Kontrolle auf die Sicherung rechtsstaatlicher Rationalität. Sie ist deshalb angewiesen auf die Einhaltung elementarer Standards, wozu klare Kompetenzzuweisungen, Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, transparente Entscheidungsstrukturen und unabhängigkeitsichernde Distanz gehören.

An allem aber ermangelt es der Kontrolltätigkeit der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission.

2. Kontrollobjekt und Kontrollgegenstand

Die soeben beschriebene Selbstermächtigung findet ihre Fortsetzung in einer kompetenzanmaßenden Erweiterung des Kontrollgegenstandes und der Kontrollobjekte. Unmittelbares Objekt der Kontrolle (Kontrollierter) durch die Prüfungskommission ist nach der klaren und eindeutigen Vorgabe des § 12 TPG die Vermittlungsstelle Eurotransplant selbst. § 12 Abs. 5 Satz 3 TPG bringt das durch die Formulierung zum Ausdruck, dass die sog. Vertragspartner ihre Verpflichtung, die Einhaltung der Vertragsbestimmungen zu überwachen, durch die Einsetzung der Prüfungskommission erfüllen. Die Transplantationszentren selbst sind in diesem Sinne nicht Kontrollierte, sondern Kontrollmitwirkungspflichtige.

Siehe dazu näher *Höfling*, Gutachtliche Stellungnahme, aaO, S. 38 f.

Ungeachtet dessen aber wechselt die Kontrolltätigkeit der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission das Kontrollobjekt gleichsam aus, indem es einen vom TPG nicht vorgesehenen neuen Kontrollgegenstand schafft: die Transplantationsprogramme. Dementsprechend umschreibt auch die neue „*Gemeinsame Geschäftsordnung der sog. Prüfungs- und der Überwachungskommission (GGO-Prüfungs- und Überwachungskommission)*“ vom Februar 2016 in § 16 Abs. 1 den Umfang und die Reichweite der Prüfungen wie folgt:

„Die Koordinierungs- und die Vermittlungsstelle werden von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission mindestens einmal im Jahr geprüft,

– diese Kontrollobjekte entsprechen den gesetzlichen Vorgaben –

die Transplantationsprogramme in der Regel alle drei Jahre.“

Die Transplantationszentren mit ihren Allokationsaktivitäten sind indes lediglich akzessorisch in den Blick zu nehmen bei der Kontrolle von Eurotransplant selbst. In diesem Zusammenhang ist nun durchaus von Bedeutung, dass einige der Vorwürfe, die an das Universitätsklinikum Essen adressiert sind, Aspekte betreffen, deren Berücksichtigung *zumindest* auch Eurotransplant obliegt. Dies betrifft vor allem das Verfahren der sog. Rettungsallokation,

siehe dazu noch unten III.

Soweit ersichtlich sind insoweit aber Eurotransplant gegenüber keine Vorwürfe erhoben worden. Stattdessen konzentriert sind die Kontrolltätigkeit der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – zu deren „Gästen“ auch zwei Vertreter von Eurotransplant gehören – auf die Transplantationszentren selbst. Diese aber sind – wie bereits ausgeführt – lediglich Kontrollmitwirkungspflichtige.

Deshalb begegnet im Übrigen auch die Praxis von Visitationen durchgreifenden Bedenken. Dem TPG selbst sind sie fremd. § 12 Abs.5 Satz 5 TPG verpflichtet die Transplantationszentren lediglich dazu, die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

3. Kontrollprogramm und Kontrollmaßstab

Mit dem zweiten Akt unzulässiger Selbstermächtigung unmittelbar verknüpft ist die – ebenfalls durch das geltende Recht nicht gedeckte – Erweiterung des Kontrollprogramms und die Intensivierung des Kontrollmaßstabes.

Eine unzulässige Erweiterung des Kontrollprogramms erfolgt beispielsweise bei der Überprüfung des Standard Exception (SE)-Verfahrens,

siehe dazu noch unten IV.

Eine unzulässige Intensivierung des Kontrollmaßstabes wird etwa dort deutlich, wo die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission gewissermaßen die Kompetenz einer Fachaufsichtsbehörde und zugleich die Rolle einer medizinischen Obergutachterinstanz für sich in Anspruch nimmt.

So ist es nicht akzeptabel, dass eine als Sachverständiger in die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission berufene Person glaubt, weit jenseits ihres eigenen professionellen Profils Kritik an fachradiologischen Diagnostiken formulieren zu können.

Insgesamt ist die Kontrolltätigkeit geprägt von einem durchgängigen Verstoß gegen den Grundsatz der fachgleichen Begutachtung. Im Einzelnen:

CT- und MRT-Bilder wurden durch einen Gutachter ohne Facharztkompetenz „nachbefundet“ und bewertet, ohne dass die technischen Standards für eine zu erstellende Feinbeurteilung eingehalten wurden. Die vorgeschlagene Einschaltung einer externen unabhängigen, fachradiologischen Begutachtung wurde unter Verweis auf die bestehende eigene Kompetenz abgelehnt, die indessen nicht bestand und besteht. So gehörte der Kommission insbesondere kein Facharzt für Radiologie oder radiologische Diagnostik – weder als Mitglied noch hinzugezogen als Gutachter – an.

Vielmehr erfolgte die Nachbefundung – insbesondere wohl von CT- und MRT-Bildern – durch fachfremde Ärzte. Diese fachfremde Nachbefundung widerspricht jedoch bestehenden und anerkannten rechtsstaatlichen Prinzipien. So hat sich in der Rechtsprechung der allgemein anerkannte „Grundsatz der fachgleichen Begutachtung“ etabliert, der insbesondere auf die höchstrichterliche Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht zurückgeht

BGH, Beschl. v. 08.11.2016 – VI ZR 512/15-, juris-Rn.12; OLG Köln, Urt. v. 25.04.2016 – 5 U 132/15-, juris-Rn. 10; BGH, Urt. v. 18.11.2008 – VI ZR 198/07; vgl. auch OLG Oldenburg, Urt. v. 18.05.2016 – 5 U 1/14, OLG Köln, Urt. v. 08.06.2015 – 5 U 197/14, OLG Schleswig-Holstein, Urt.

v. 06.06.2014 – 4 U 103/12, OLG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 19.12.2013 – 1 U 1/13, OLG Frankfurt, Urt. v. 12.04.2013 – 15 U 68/11, alle bei juris

und auch in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Anwendung findet

BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 14/07 R-, jurisRn. 39.

Bereits im Jahr 1953 entschied der BGH im Rahmen eines Bauprozesses bezüglich der Qualifikation des Sachverständigen, dass dieser gerade nicht

„aus einer nicht wirklich für die Frage zuständigen Gruppe gewählt“

werden dürfe

BGH, Urt. v. 25.02.1953 – II ZR 172/52 -, juris-Rn. 12, BGHZ 9, 98.

Im Medizinrecht gilt der Grundsatz der fachgleichen Begutachtung aufgrund der besonders ausdifferenzierten fachmedizinischen Spezialisierungen in besonderem Maße; so wird es in der arzt haftungsrechtlichen Rechtsprechung immer wieder betont. Der BGH postulierte bezüglich der Sachverständigenauswahl im Arzthaftungsprozess daher Folgendes:

„Grundsätzlich ist bei der Auswahl auf die Sachkunde in dem medizinischen Fachgebiet abzustellen“ (Hervorhebung durch Unterzeichner)

BGH, Urt. v. 18.11.2008 – VI ZR 198/07, VersR 2009, 257, 258,; MüKoBGB/Wagner, 7. Aufl. 2016, BGB, § 630h Rn. 116; vgl. auch Erman/Rehborn/Gescher, BGB, 14. Aufl. 2014, § 630a Rn. 38).

Aus dieser Rechtsprechung ergibt sich mithin, dass es für den BGH im Rahmen der Qualifikation eines Sachverständigen besonders auf den

„*Kenntnisstand eines Fachmediziners*“ (Hervorhebung durch Unterzeichner)

ankommt

BGH, Urt. v. 03.06.2008 – VI ZR 235/07, VersR 2008, 1133, 1134.

Der BGH hat zur Qualifikation des zu beauftragenden Sachverständigen wiederholt klargestellt, dass dieser

„*aus dem betroffenen medizinischen Fachgebiet*“ (Hervorhebung durch Unterzeichner)

des zu beurteilenden Behandlungsgeschehens stammen müsse

BGH, Urt. v. 24.02.2015 – VI ZR 106/13, VersR 2015, 712, 715; vgl. auch *Rumler-Detzel*, VersR 1999, 1209.

Das Erfordernis der fachgleichen Begutachtung ergibt sich im Übrigen aus dem Umstand, dass der primär behandelnde Arzt die ursprüngliche Behandlung nach Facharztstandard schuldet (vgl. auch § 630a Abs. 2, § 630h Abs. 4 BGB)

Palandt/*Weidenkaff*, BGB, 74. Aufl. 2016, § 630a Rn. 9 f.; ebenso Erman/*Rehborn/Gescher*, BGB, 14. Aufl. 2014, Vor § 630h Rn. 6.

Soweit ein Sachverständiger daher die mögliche Abweichung vom Standard in einem Fachgebiet zu überprüfen hat, hat er die dafür erforderliche Qualifikation vorzuhalten, um eine Bewertung der zu begutachtenden Konstellation überhaupt zu ermöglichen.

Folglich ist in der zivilgerichtlichen höchstrichterlichen Rechtsprechung mit dem „Grundsatz der fachgleichen Begutachtung“ anerkannt, dass der Sachverständige grundsätzlich der zu begutachtenden Fachrichtung angehören muss, kann doch nur ein

Angehöriger der gleichen Fachrichtung den Standard *seines* Fachgebietes kennen und dessen Veränderungen richtig und zeitnah wahrnehmen

Erman/*Rehborn/Gescher*, BGB, 14. Aufl., § 630a Rn. 38.

Für die Abgrenzung der verschiedenen Fachgebiete ist auf die Weiterbildungsordnung der jeweils zuständigen (Landes-)Ärztekammer zurückzugreifen

OLG Naumburg, Urt. v. 13.03.2003 – 1 U 34/02, Naumburg OLGR 2003, 348; Erman/*Rehborn/Gescher*, BGB, 14. Aufl., § 630a Rn. 38.

Etwaige Begutachtungen durch Angehörige anderer Fachgebiete sind allenfalls zulässig, falls die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Fachgebiete (teil-)kongruent sind. So kann die Begutachtung einer etwa durch einen Radiologen durchgeführten DSA-Untersuchung auch von einem Facharzt für Neurologie und Neurochirurgie zulässig sein, da die entsprechende Diagnostik auch in der Weiterbildungsordnung für Neurologie vorgesehen ist

Martis/Winkhart, Arzthaftung, Rn. S 13, S. 900 f.; BGH, Urt. v. 18.11.2008 – VI ZR 198/07, VersR 2009, 257, 258.

Für eine hinreichende Qualifikation des Gutachters genügt indessen noch nicht einmal allein die bloße Zugehörigkeit zum jeweiligen Fachgebiet. Vielmehr hat der Sachverständige darüber hinaus über *umfangreiche* theoretische Kenntnisse und *ausreichende* praktische Erfahrung zu verfügen, um den jeweiligen Behandlungsfall ordnungsgemäß beurteilen zu können

Rensen, MDR 2012, 497, 499; *Scholz*, VersR 2016, 626, 631, 635.

Die bloße Fachgebietsbezeichnung oder eine länger zurückliegende praktische Tätigkeit können dem Prüfauftrag zur Ermittlung des Standes des medizinischen Fortschritts deshalb nicht hinreichend genügen.

Auch in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat sich der Grundsatz der fachgleichen Begutachtung etabliert. In einer Entscheidung aus dem Jahr 2008 forderte das BSG explizit, bei Beauftragung eines medizinischen Sachverständigen auf dessen ausreichende Qualifikation zu achten:

„Bei der anschließenden Beauftragung eines medizinischen Sachverständigen ist zudem darauf zu achten, dass dieser im Hinblick auf die entscheidungserheblichen Sachverhalte ausreichend qualifiziert ist, also insbesondere auf dem zu beurteilenden medizinischen Fachgebiet ausgewiesen ist und Erfahrung ... besitzt.“ (BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 14/07 R-, juris-Rn. 38; Hervorhebung durch Unterzeichner).

Beide Gerichtsbarkeiten verlangen also von einem medizinischen Sachverständigen die Zugehörigkeit zum begutachtungserheblichen Fachgebiet, wissenschaftliche Kenntnisse sowie spezifische praktische Erfahrung. Im Straf- wie Verwaltungsrecht wird im Übrigen nicht anders verfahren. Diese – geradezu auf der Hand liegenden – Anforderungen hat die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission nicht berücksichtigt. Nach dem Kommissionsbericht ist vielmehr davon auszugehen, dass die radiologische, aber auch psychiatrische/psychotherapeutische/psychosomatische Begutachtung durch die hinzugezogenen und als solche bezeichneten „*medizinischen Sachverständigen*“

Siehe Kommissionsbericht, S. 1

erfolgte, also die Herren

- [REDACTED], nach Internet-Recherchen Facharzt für Chirurgie, Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie/Gefäßchirurgie/Thoraxchirurgie

[REDACTED]
[REDACTED]

- [REDACTED], nach Internet-Recherchen Facharzt für Chirurgie, Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie und fakultative Weiterbildung Chirurgische Intensivmedizin

[REDACTED]

- [REDACTED], Facharzt für Allgemeinchirurgie

[REDACTED]

Es ist nicht ersichtlich, dass einer dieser Ärzte oder auch ein Kommissionsmitglied die erforderlichen radiologischen Fachkenntnisse ausweisen kann, gehören doch insbesondere Kenntnisse in der Auswertung von Magnetresonanz- oder Computertomographien nicht zum „*Gebiet Chirurgie*“ im Sinne der Weiterbildungsordnungen aller (Landes-)Ärztékammern. Ebenso wenig ist ersichtlich, dass einer der Sachverständigen über die Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung „*Magnetresonanztomographie – fachgebunden* –“ verfügt unbeschadet der Frage, ob diese in einer so schwierigen Konstellation ausreichen würde.

Entsprechendes gilt für die psychiatrische/psychotherapeutische/psychosomatische Begutachtung; auch hier sind ausreichende und in besonderem Maße eine Qualifikation belegende Fachkenntnisse weder bei Kommissionsmitgliedern noch den hinzugezogenen Sachverständigen erkennbar. Charakteristisch für die ignorante Einstellung ist insofern der Einwand der Vorsitzenden der Prüfungskommission, die Katamnese-Befunde der LVR-Kliniken für Psychosomatik seien anzuzweifeln, weil diese sich ja nur auf „*Reden*“ mit dem Patienten stützten.

Schließlich liegt auch die Konstellation der Begutachtung durch fachnahe Mediziner nicht vor.

Festzustellen bleibt insoweit also, dass die Expertise hochqualifizierter und habilitierter Radiologen durch Nicht-Radiologen, die Expertise hoch qualifizierter und zum Teil habilitierter anderweitiger Fachärzte aus Psychiatrie, Psychotherapie oder

Psychosomatik durch Nicht-Fachärzte dieser Gebiete, die weder über die hierfür erforderlichen Kenntnisse als Facharzt noch über darüber hinaus zu stellenden spezifischen Anforderungen bezogen auf die hier relevanten Einzelfälle verfügen, in Zweifel gezogen wird.

Das Universitätsklinikum Essen hat deshalb die beanstandeten Röntgenbilder extern und unabhängig bewerten lassen, und zwar durch Herrn Prof. Dr. med. Michael Laniado, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Radiologische Diagnostik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden. Er verfügt über langjährige Expertise (seit 1992 Facharzt für Radiologie, seit 2000 Ordinarius); neben der Verleihung zahlreicher Preise wurde seine fachliche Kompetenz durch die Präsidentschaft der Deutschen Röntgengesellschaft 2007-2009 zum Ausdruck gebracht.

www.esmrmmb.org/html/img/pool/FINAL_CV_Laniado_Michael.pdf

Er ist Mitherausgeber und -verfasser des im Thieme-Verlag erschienenen grundlegenden Werks „MRT von Abdomen und Becken“ (Bernd Hamm/Gabriel Paul Krestin u. a., 2. Aufl. 2010).

www.thieme.de/shop/MRT--CT/Hamm-Krestin-Laniado-Nicolas-Taupitz-MRT-von-Abdomen-und-Becken-9783131535221/p/000000000183890802

Wir stellen das heraus, um seine besonderen Kenntnisse und Erfahrungen zum Ausdruck zu bringen.

Prof. Laniado hat die ihm vom Universitätsklinikum Essen übermittelten Bilder in seinem Institut von 3 Kollegen *unabhängig voneinander* auswerten lassen, und zwar durch

- Herrn Leitenden Oberarzt 
 Facharzt für Radiologie
- , Facharzt für Radiologie

➤ [REDACTED], Facharzt für Radiologie.

Er hat darüber hinaus aber auch selbst die Bilder betrachtet und jeweils – einzelfallbezogen – begutachtet. Seine diesbezüglichen Stellungnahmen finden sich eingescannt im Folgenden jeweils bei den betroffenen Einzelfällen.

Wie daraus erkennbar, teilt Herr Prof. Dr. med. Laniado keineswegs die Einschätzungen, wie sie seitens der Kommission(en) respektive der von ihnen hinzugezogenen Sachverständigen vorgenommen wurden. Unbeschadet dessen zeigt das Maß *unterschiedlicher* Auswertungen durch besonders erfahrene Radiologen, dass es hier keineswegs ein „Richtig oder Falsch“ gibt. Das bestätigt auch die ständige Rechtsprechung zur Auswertung von Röntgenbildern im Arzthaftungsrecht. Danach unterfällt die Auswertung von Röntgenbildern dem Bereich der ärztlichen Diagnose

BGH, Urt. v. 21.12.2010 – VI ZR 284/09, VersR 2011, 400, 401; OLG Hamm, Beschl. v. 02.03.2011 – I-3 U 92/10, VersR 2012, 493.

Werden im Rahmen dieser Diagnosestellung bereits erhobene radiologische Befunde unterschiedlich bewertet, so lässt dies nach der – fraglos richtigen – Rechtsprechung noch keinen Rückschluss auf ein fehlerhaftes Vorgehen zu. Irrtümer in der Diagnosestellung kommen anerkanntermaßen nicht selten vor, ohne dass überhaupt ein vorwerfbares Verhalten des Arztes bejaht werden kann. Der BGH stellt hierzu fest:

„Die Symptome einer Erkrankung sind nämlich nicht immer eindeutig, sondern können auf die verschiedensten Ursachen hinweisen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der vielfachen technischen Hilfsmittel, die zur Gewinnung von zutreffenden Untersuchungsergebnissen einzusetzen sind. ... Diagnoseirrtümer, die objektiv auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen sind, können deshalb nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler gewertet werden.“ (BGH, Urt. v. 08.07.2003 – VI ZR 304/02, juris Rn. 10).

In der Rechtsprechung ist daher anerkannt, dass

„bloße Fehlinterpretationen eines erhobenen Befundes ... grundsätzlich nicht als Behandlungsfehler zu werten“ (OLG Koblenz, Beschl. v. 21.11.2011 – 5 U 688/11, juris Rn. 25)

seien. Selbst eine objektiv fehlerhafte Diagnose ist demnach nicht vorwerfbar, wenn

„es sich um eine in der gegebenen Situation vertretbare Deutung der Befunde handelt.“ (OLG München, Urt. v. 28.09.2006 – 1 U 4844/05, juris Rn. 40).

Im Rahmen der Auswertung radiologischer Bilder wird dem Radiologen mithin – wie bei jeder Diagnosestellung – ein eigener Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum zugestanden

vgl. OLG München, Urt. v. 28.09.2006 – 1 U 4844/05, juris Rn. 40; OLG Hamm, Urt. v. 02.04.2001 – 3 U 160/00, juris Rn. 46.

Die von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission beanstandeten Befundungen von Röntgenbildern sind daher (auch) unter Berücksichtigung dieses Beurteilungsspielraums zu betrachten. *Beispielhaft* sei an dieser Stelle – vorab – darauf hingewiesen, dass die genannten Radiologen des Instituts und der Poliklinik für Radiologische Diagnostik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Dresden, auf die vom Universitätsklinikum Essen gestellte Frage

„Wie groß ist die Läsion in Segment 8 in der MRT-Untersuchung vom  ...?“

zu folgenden Ergebnissen kamen:

„Für Patienten ... wurde die Läsion in Segment 8 in der MRT vom  von den 3 unabhängigen Auswertern mit 15 mm, 19 mm und 22 mm ... ausgemessen.“

– Näheres unten zu ET-Nr.  –

Solche oder ähnliche Bewertungen wiederholen sich regelmäßig. Bereits die Auswertungen der o.g. hochqualifizierten und erfahrenen Radiologen zeigen mithin, dass „*die eine richtige*“ Auswertung eines Röntgenbildes schlechterdings nicht möglich ist. Vielmehr ist die Beurteilung oftmals schwierig, weil das technische Ergebnis keine eindeutige Bewertung, ja nicht einmal objektiv zweifelsfrei richtige Ausmessungen, zulässt. Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass in vielen Fällen Strukturen nicht klar abgrenzbar sind, sondern Übergangsbereiche bestehen. Die Auswertung solcher Bilder ist daher – stets – mit einem erhöhten Unsicherheitsfaktor belastet. Letztlich liegt es damit in der Natur der Sache, dass auch bei der radiologischen Beurteilung der Größe von Läsionen gewisse Abweichungen bestehen können.

Jedenfalls bleibt festzustellen, dass die Nichteinhaltung des Facharztstandards durch die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission zu einer ihrerseits fehlerhaften Befundung der Bilder führte; die folgenden – einzelfallbezogen – Ausführungen mit Auswertungen der Röntgenbilder durch die genannten Experten des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Dresden, belegen hingegen die wesentlich bessere Expertise – und im Regelfall Richtigkeit – der im Universitätsklinikum Essen erhobenen und den Entscheidungen der Transplantationskonferenz zu Grunde gelegten Fakten. Festzuhalten bleibt jedenfalls, dass der von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission gegenüber dem Universitätsklinikum Essen erhobene Vorwurf einer fehlerhaften Auswertung von Röntgenbildern schlicht unhaltbar ist. Er ist vielmehr – erneut – Ausdruck der illegitimen Anmaßung einer autoritativen Oberaufsicht.

4. Verfahrensfehlerhafte Entscheidungsfindung und Beschlussfassung

Der Prozess der Entscheidungsfindung war gekennzeichnet durch Voreingenommenheit der Visitationsteilnehmer und weitreichende Vorurteilungen. Zu Beginn des zweiten Prüfungstages am 13. Dezember 2016, also vor Abschluss der Visitation, wurden durch mehrere Vertreter der sogenannten Prüfungs- und Überwachungskommission eine Gesamtbewertung abgegeben und bereits weitreichende Maßnahmen bis hin zur Schließung des Zentrums und Anzeigeerstattung bei der Staatsanwaltschaft angedroht. Die „Gespräche“ bedienten sich einer unwürdigen und anklagenden Verhörtechnik, die zum Teil so weit ging, dass Sachstandsdarstellungen seitens des Universitätsklinikums ad hoc als bewusste Falschdarstellungen und Fehlbegutachtungen qualifiziert wurden. Klärende Einwände der Zentrumsvertreter oder anwesender Fachabteilungen wurden wiederholt als Sachstandsverschleierung oder unkooperatives Verhalten bewertet.

Mit einem ordnungsgemäßen, auf eigener Wahrnehmung beruhenden Prüfungsverfahren nicht zu vereinbaren ist ferner der Umstand, dass der zunächst anwesende Vorsitzende der Überwachungskommission – der ja zugleich stellvertretender Vorsitzender der Prüfungskommission ist – ohne offizielle Begründung die Visitation am Mittag des 12. Dezembers 2016 verließ. Entsprechendes gilt auch für einen der „Fachgutachter“, der die Vor-Ort-Begehung ebenfalls vorzeitig am Mittag des 13. Dezembers 2016 verließ.

Schließlich ist nicht ersichtlich, auf welcher rechtlichen Grundlage Vertreter des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW an der Entscheidungsfindung mitgewirkt haben. In einem Schreiben der Vorsitzenden der Prüfungskommission und des Vorsitzenden der Überwachungskommission vom 05. Dezember 2016 werden aber drei namentlich bezeichnete Personen aus dem Ministerium darum gebeten, ihre „Mitwirkungsentscheidung“ (!) mitzuteilen.

Noch gravierender sind indes die Defizite bei der Beschlussfassung. Für diese enthält § 9 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Prüfungs- und Überwachungskommission (GGO-PÜK) vom 18. Februar 2016 nähere Vorgaben. § 9 Abs. 2 regelt die Beschlussfähigkeit, § 9 Abs. 4 Satz 2 bestimmt, dass ein Beschluss der Mehrheit von dreiviertel der abgegebenen Stimmen bedarf. Eine Beschlussfassung im schriftlichen Umlaufverfahren ist nach § 9 Abs. 5 nur ausnahmsweise zulässig, wenn alle

stimmberechtigten Mitglieder dem zustimmen. Misst man das Verfahren der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – so wie es sich in den im Wege der Akteneinsicht zur Verfügung gestellten Unterlagen darstellt –, wird nicht einmal ansatzweise erkennbar, dass den Vorgaben der GGO-PÜK Rechnung getragen worden ist:

Am 20. Februar 2017 sendet die Vorsitzende an die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin der Bundesärztekammer

„(e)twas erschöpft aber erleichtert“

den

„Abschlussbericht der Essener Leber“.

Am gleichen Tag wird dann der „Entwurf des Abschlussberichts“ an die

„Mitglieder der Prüfungskommission und Prüfer gem. § 17 Abs. 2 GGO PÜK sowie Mitglieder der Überwachungskommission“

versandt. In dem Begleitschreiben wird darauf hingewiesen, es sei beabsichtigt, den Entwurf in der Sitzung am 28. Februar 2017 zu beraten. An die beiden „Sachverständigen“, die Professoren [REDACTED] und [REDACTED], ergeht sodann die Bitte, den Entwurf einer kritischen Durchsicht zu unterziehen. Der Sachverständige [REDACTED] reagiert darauf mit einer E-Mail-Nachricht vom 24.02.2017. Darin setzt er sich – völlig zu Recht! – kritisch mit einigen Beanstandungen auseinander. Diese seien an einer noch nicht geltenden Richtlinie gemessen worden. Deshalb müsse

„die kritische Betrachtung“

von fünf im Einzelnen benannten Fällen

„relativiert werden“.

Im Übrigen halte er die Bewertung und Schlussfolgerung für gerechtfertigt. Am 16.02.2017 hat ausweislich der Akten ein Telefonat mit dem Mitglied [REDACTED] vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege stattgefunden, in dem dieser – so ein Vermerk – sich

„einverstanden mit Vorgehensweise in Sachen TPZ Essen“

erklärt hat – was immer dies für die Beschlussfassung bedeuten mag.

Am 28.02.2017 wird dann der Prüfbericht von der Vorsitzenden der Prüfungskommission und dem Vorsitzenden der Überwachungskommission unterzeichnet.

Ob an diesem 28.02. eine Sitzung der sogenannten Prüfungs- und Überwachungskommission stattgefunden hat, wer gegebenenfalls daran teilgenommen hat, ob Beschlussfähigkeit vorgelegen hat, ob die nach § 9 Abs. 4 GGO PÜK erforderliche $\frac{3}{4}$ -Mehrheit zustande gekommen ist – über all diese zentralen Aspekte geben die im Wege der Akteneinsicht zur Verfügung gestellten Unterlagen keinerlei Auskunft.

Eine nachvollziehbare Dokumentation, die die sogenannte Prüfungs- und Überwachungskommission von anderen nachdrücklich einfordert, sieht anders aus! Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass der Kommissionsbericht nach Maßgabe der GGO-PÜK schon nicht ordnungsgemäß zustande gekommen ist. Zugleich bedeutet das Procedere auch einen Verstoß gegen Außenrechtsnormen. Das TPG hat die Kommissionen gem. §§ 11, 12 als Kollegialorgane konstituiert. Ohne an dieser Stelle abschließend zu klären, ob und inwieweit auf die Kommissionen die Vorschriften der §§ 88 ff. VwVfG unmittelbar oder entsprechend anwendbar sind,

vgl. in Stelkens/Bonk/Sachs/Kallerhoff, *Verwaltungsverfahrensgesetz*.
Kommentar, 8. Aufl. 2014, § 88 Rn. 12

muss die Kommissionstätigkeit aus allgemeinen rechtsstaatlichen Erwägungen heraus die elementaren Bedingungen für eine rationale und transparente Entscheidungsfindung und Beschlussfassung erfüllen. Die Kommissionsberichte sind nämlich – auch aus der Sicht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission selbst – Basis und Anknüpfungspunkt für weitere Verfahren, sei es von Aufsichtsbehörden, sei es von Strafverfolgungsbehörden.

5. Zusammenfassung

Insgesamt erweist sich der Kommissionsbericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission in mehrfacher Hinsicht – sowohl was das formale Zustandekommen als auch die Inhalte angeht – als gesetzeswidrig. Er ist damit als solcher rechtswidrig und bietet – was ggf. in einem gerichtsförmigen Verfahren zu klären sein wird – keine taugliche Grundlage für weitere (Verwaltungs-)Verfahren. Insbesondere aber verbietet sich angesichts seiner Fehlerhaftigkeit und Widerrechtlichkeit eine Publikation, für die – ohnehin – eine Rechtsgrundlage nicht ersichtlich ist. Sie würde vielmehr einen – unzulässigen und haftungsrelevanten – Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb

näher dazu Palandt/*Sprau*, BGB, 74. Aufl. 2016, § 823 Rn. 133 ff;
Erman/*Schiemann*, BGB, 14. Aufl. 2014, § 823 Rn. 49 ff

darstellen. Entsprechende Schritte behält sich das Universitätsklinikum Essen ausdrücklich vor.

Gleichwohl sei im Folgenden im Einzelnen auf die erhobenen Vorwürfe der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission reagiert.

III. Die Vorwürfe hinsichtlich der sog. Rettungsallokation

1. Grundsätzliche Kritikpunkte

Bevor im Folgenden aus einer rechtlichen Perspektive auf die in diesem Zusammenhang erhobenen Vorwürfe der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission(en) knapp eingegangen wird, ist durchaus einzuräumen, dass in der Praxis der zurückliegenden Jahre (bis ins Frühjahr 2016) Vorschriften zur Dokumentationspflicht im Universitätsklinikum Essen nicht immer hinreichend beachtet worden sein mögen.

Es mag daher sein, dass es in Teilbereichen zu Dokumentationslücken gekommen ist. Die Verantwortlichen bedauern dieses außerordentlich. Hinzuweisen ist allerdings auch darauf, dass nach der ersten Visitation eine Verbesserung der Dokumentation stattgefunden hat. Wir verweisen auch auf den Abschlussbericht der internen Untersuchungskommission, **Anlage 2**.

Allerdings stellt sich auch hier die Frage, ob die Kommission(en) den nach der jeweiligen (nach zeitlichen Abschnitten unterschiedlichen) Rechtslage jeweils Dokumentationspflichtigen richtig erkannt hat/haben.

Jedenfalls aber darüber hinaus bedarf der Kommissionsbericht einer kritischen Erwiderung.

2. Das konkrete Geschehen

Da sich der Eindruck verfestigt hat, dass nicht allen mit dem Vorgang Betrauten auch das tatsächliche Procedere bei der Rettungsallokation bekannt ist, sei dieses hier dargestellt:

a. Information durch Eurotransplant

Nachdem ein Organ von Eurotransplant über den primären Weg der Warteliste nicht vermittelt werden konnte – in der Regel, weil es von den Transplantationszentren, denen es primär oder im Ersatzweg angeboten worden ist, abgelehnt wurde –, erfolgte jedenfalls bis zum Jahre 2013 eine Vergabe als sogenanntes kompetitives Zentrumsangebot oder auch als reines Zentrumsangebot. Die angebotenen Organe wurden in der Regel von den über die Warteliste ermittelten Zentren abgelehnt, weil angesichts des Zustandes des Organs (z.B.: Alter des Spenders, Vor- oder Begleiterkrankungen bis hin zu einem Karzinom, Auffälligkeiten am Organ selbst etc.) diese Zentren die Transplantation nicht vornehmen wollten oder konnten. Welche Umstände hierfür im konkreten Einzelfall maßgeblich waren, ist dem Angebotsempfänger in der Regel unbekannt.

Beim kompetitiven Zentrumsangebot informiert Eurotransplant ein oder mehrere Transplantationszentren über das Angebot eines solchen Organs, wobei für die Zentren nicht erkennbar oder sonst wie durchschaubar ist, um welche Zentren – außer dem eigenen – es sich handelt. Diese Zentren können dann einen Empfänger benennen. Ein Auswahlverfahren unter den Zentren findet nicht statt; vielmehr erhält dasjenige Zentrum für den von ihm benannten Empfänger „den Zuschlag“, das sich mit entsprechenden konkreten Daten als Erstes meldet.

Bis zum Jahr 2013 gab es auch reine (nicht kompetitive) Zentrumsangebote; diese erfolgten dann ausschließlich an ein einzelnes Zentrum, welches das Organ akzeptieren konnte oder auch nicht.

Hat Eurotransplant ein entsprechendes Organ zur Verfügung, erfolgt das Angebot dergestalt, dass die aus Sicht von Eurotransplant (wohl: insbesondere in regionaler Nähe zum Spender befindlichen) in Betracht kommenden Zentren telefonisch informiert werden. Dafür ist bei Eurotransplant – jedenfalls für das Universitätsklinikum Essen – eine feste Telefonnummer hinterlegt. Dieses Telefon ist im Universitätsklinikum Essen „rund um die Uhr“ (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) besetzt. Erfolgt ein Anruf, hat das Zentrum die Möglichkeit, die Daten zum Organ, insbesondere auch die Donor-

Daten, durch Einwahl bei Eurotransplant elektronisch abzurufen. Dieser Vorgang dauert im Regelfall nur wenige Sekunden. Der betreffende Mitarbeiter, der das Telefon besetzt, notiert sich die Kerndaten.

b. Entscheidung über Akzeptanz des Organs

Nach dem vorgeschilderten Vorgang ruft der betreffende Mitarbeiter – zu jeder Tages- oder Nachtzeit – den Leiter des Transplantationszentrums, Herrn Prof. Dr. Paul, an. Dieser hat sowohl an seinem Arbeitsplatz, aber auch zu Hause eine Liste aller in Betracht kommenden Empfänger mit den für eine Auswahlentscheidung einschlägigen und erforderlichen Daten vorliegen. Diese Liste wird im Universitätsklinikum Essen täglich bzw. zeitnah aktualisiert. Somit ist Herr Prof. Dr. Paul stets und kurzfristig in der Lage zu sehen, ob für das angebotene Organ beim Universitätsklinikum Essen ein geeigneter Spender auf der Liste steht.

Sollte Herr Prof. Dr. Paul – z.B. urlaubsbedingt – ausnahmsweise nicht erreichbar sein, ist das im Universitätsklinikum Essen bekannt. Der betreffende Mitarbeiter weiß dann, dass er an diesen Tagen den Stellvertreter von Herrn Prof. Dr. Paul, Herrn Prof. Dr. [REDACTED], anzurufen hat. Die entsprechende Liste steht diesem im Falle der Nichterreichbarkeit von Herrn Prof. Dr. Paul zur Verfügung, sodass er die entsprechenden Entscheidungen treffen kann. Herr Prof. Dr. Paul geht davon aus, dass aber 90 % der Entscheidungen auf diesem Wege primär von ihm getroffen werden.

Herr Prof. Dr. Paul – oder im vorgeschilderten Vertretungsfall sein Stellvertreter – entscheiden dann, ob das entsprechende Organ im Universitätsklinikum Essen transplantiert werden kann. Diese Entscheidung und den Namen des potentiellen Empfängers teilen sie dem Mitarbeiter in der Telefonzentrale des Transplantationszentrums mit, der die entsprechenden Daten dann in die bei Eurotransplant im EDV-System hinterlegte Maske einträgt. Zu diesen Daten gehört insbesondere auch der Name des potentiellen Empfängers.

Hat kein anderes Zentrum zuvor eine entsprechende Eintragung gemacht, erfolgt die „Zuteilung“ des Organs entsprechend den Eintragungen. Hat bereits ein anderes Zentrum zuvor auf dem geschilderten Weg den „Zugriff“ (so ist es ja faktisch) auf das Organ genommen, können die übrigen Zentren keinen Zugriff mehr nehmen.

Der Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Herr Prof. Dr. Paul, hat insofern – auch vor der Kommission – festgestellt, dass die Anforderungen der Richtlinien, den

„am besten geeigneten Patienten“

in der kurzen, zur Verfügung stehenden Zeitspanne zu benennen – ohne dass es eine normative Vorgabe des

„am besten geeigneten Patienten“

überhaupt gibt –, problematisch ist. Der Begriff

„Windhundprinzip“

für dieses Verfahren stammt originär von einem – vor Ort nicht anwesenden – Sondergutachter der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission. Der Begriff wurde bei der Vor-Ort-Prüfung von Herrn Prof. Dr. Paul lediglich als Zitat verwendet, um die genannte Praxis zu kennzeichnen.

Bei dieser Vorgehensweise unterliegen grundsätzlich alle Zentren den gleichen Voraussetzungen, offensichtlich allerdings mit der Einschränkung, dass keines dieser Zentren erkennen kann, wie viele andere Zentren zuvor schon angerufen wurden oder im Folgenden noch angerufen werden sollen. Das beinhaltet, dass in aller Regel dasjenige Zentrum als Erstes entscheiden kann, welches

- den ersten Anruf erhält und

- innerorganisatorisch so aufgestellt ist, dass eine fachkundige, fundierte Entscheidung im Hinblick auf das konkret angebotene Organ und die in Betracht kommenden Spender unverzüglich getroffen werden kann.

Diese Voraussetzungen sind im Universitätsklinikum Essen uneingeschränkt und stets gegeben. Aus den uns auf Anfrage durch die Prüfungs- und Überwachungskommission übermittelten Daten von Eurotransplant – dazu später mehr – ist im Übrigen ersichtlich, dass das Universitätsklinikum Essen zumindest in einzelnen Fällen, möglicherweise aufgrund einer bestimmten Routine bei Eurotransplant aber auch regelmäßig, als erstes Zentrum angerufen wurde; nur so versteht sich die Eintragung

„Essen accepted so fast, the other centers have not been received the offer“ (aus den von Eurotransplant mit E-Mail vom 10.01.2017 übermittelten Daten).

c. Folgende Maßnahmen nach Organzuteilung

Sofern vom Universitätsklinikum Essen auf dem geschilderten Weg der – patientenbezogene – „Zugriff“ auf das entsprechende Organ erfolgt, bedarf es weiterer Maßnahmen.

Im Regelfall verschafft sich das Zentrum weitere Informationen zu dem betreffenden Organ, sofern das nicht schon im Vorfeld bei der Frage nach der Akzeptanz überhaupt geschehen ist. Bis dato liegen dem Zentrum nämlich nur die über Eurotransplant zur Verfügung gestellten Informationen vor. Beispielsweise müssen aber Bilder vom Organ unmittelbar bei dem explantierenden Krankenhaus angefordert werden, um dann weitere Entscheidungen treffen zu können. Solcher Informationen bedarf es regelmäßig, weil der avisierte Operateur die Letztverantwortung hinsichtlich der Entscheidung, ob die Transplantation stattfindet, aber auch hinsichtlich der Einzelheiten des Transplantationsvorgangs selbst und eigenverantwortlich trägt. Dabei kommt es häufig vor, dass die nach der Annahmeentscheidung weiter – individuell, nicht über Eurotransplant – in Erfahrung gebrachten Daten dazu führen, dass der ursprünglich als

„am besten geeigneter Patient“ Benannte nicht mehr der tatsächlich am besten geeignete Patient ist. In diesen Fällen stellt sich die Frage nach einem Wechsel des Patienten. Wer diese Frage verantwortlich und im Interesse der Patienten beantwortet und wer viele Patienten auf der Warteliste und somit größere Auswahlmöglichkeiten hat, wird angesichts der – nicht in der Entscheidungsgewalt des Universitätsklinikums Essen liegenden – Vorgehensweise eine höhere Wechselquote haben.

Parallel zur geschilderten Einholung weiterer Informationen zum Zustand des Organs erfolgt die Information des potentiellen Empfängers. Dabei kommt es immer wieder dazu, dass

- potentielle Empfänger trotz vorheriger eingehender Hinweise auf die Notwendigkeit jederzeitiger Erreichbarkeit – Tag und Nacht – nicht erreicht werden können, wobei im „Notfall“ selbst auf Polizeibehörden zurückgegriffen wird mit der Bitte, den telefonisch nicht erreichbaren Empfänger vor Ort aufzusuchen und über die Verfügbarkeit eines geeignet erscheinenden Organs zu informieren, sodass dieser gegebenenfalls sofort mit dem Universitätsklinikum Essen Kontakt aufnehmen kann;
- potentielle Empfänger auf Befragung am Telefon – erstmals – offenbaren, akut an einer die Transplantation ausschließenden Begleiterkrankung (z.B. Infektion, Pilzerkrankung oder Ähnliches) zu leiden;
- *erst auf diesem Wege* bekannt wird, dass der potentielle Empfänger – meist kurz vorher – bereits verstorben ist;
- oder – was vergleichsweise selten ist – der potentielle Empfänger das Organ nach Hinweis auf besondere Risiken (er ist im Vorfeld schon intensiv darüber aufgeklärt worden, dass Organe, die als kompetitives Zentrumsangebot angeboten werden, im Regelfall Einschränkungen unterliegen) ablehnt.

In diesen Fällen erfolgt naturgemäß die Suche nach einem Ersatz-Empfänger. Ist ein solcher – was im Universitätsklinikum Essen angesichts einer langen Warteliste der

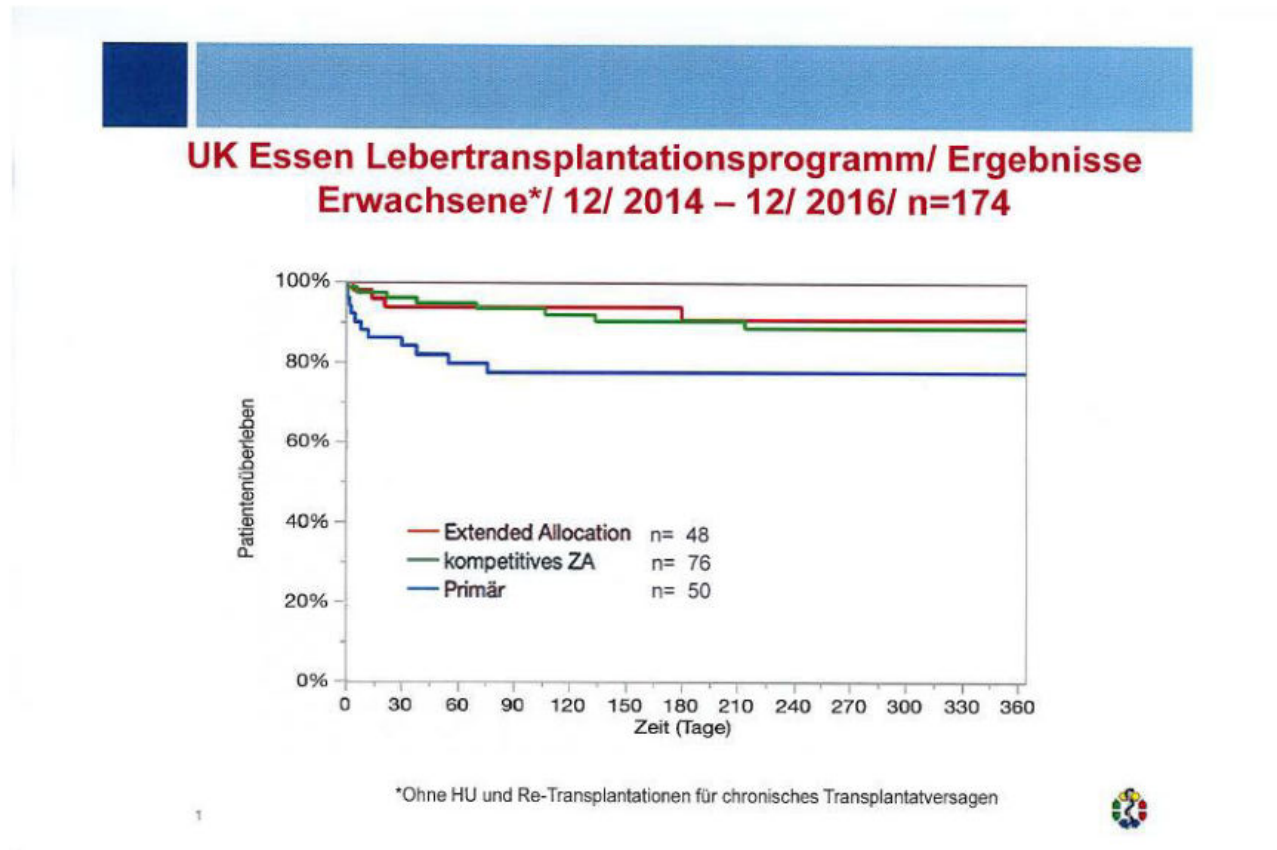
Regelfall ist – vorhanden, erfolgt dessen Information sowie Ersatz-Benennung gegenüber Eurotransplant. Dort wird der Betreffende dann im Regelfall ohne weiteren Kommentar als Empfänger akzeptiert. Weitere Rückfragen oder Einwände bezüglich der Umbenennung erfolgten von dort nicht.

d. Endgültige Entscheidung über Matching

Wie bereits zuvor erwähnt, trifft der vorgesehene Operateur die endgültige Entscheidung. Das ist erst möglich, wenn sowohl der potentielle Empfänger als auch das zu transplantierende Organ in Essen eingetroffen sind. Dabei ist die besondere Situation zu berücksichtigen, die durch die Auswahl des „am besten geeigneten Empfängers“ einerseits und das nur mit Einschränkungen brauchbare Organ andererseits entsteht. Ein bei vergleichsweise guter Gesundheit befindlicher Patient würde mit diesem Organ voraussichtlich unproblematisch versorgt werden können. Er ist aber in der Regel nicht derjenige, der angesichts der Dringlichkeit einer Transplantation als der „am besten geeignete Empfänger“ erscheint, da er voraussichtlich auch ohne eine sehr zeitnahe Transplantation zunächst weiterleben würde. Derjenige, bei dem das hingegen nicht der Fall ist, ist angesichts seines akuten – unter Umständen lebensbedrohlichen – Gesundheitszustandes auch in einem schlechteren Allgemeinzustand, sodass die zusätzliche Versorgung mit einem nur eingeschränkt brauchbaren Organ ein zusätzliches Risiko darstellt. Es stoßen also „Risiko und Risiko“ zusammen. Deshalb erfolgt die Letztentscheidung über die Transplantation eines im Wege der Rettungsallokation zur Verfügung gestellten Organs organ- und patientenbezogen stets erst vor Ort. Stellt sich dabei heraus, dass die Risiken zu hoch sind, erfolgt nach Möglichkeit die Umbenennung des Empfängers.

Dieser Prozess zeigt, wie verantwortungsvoll diese Entscheidungen im Universitätsklinikum Essen erfolgen. Das wird auch und insbesondere durch die Überlebensstatistik des Lebertransplantationsprogramms im Universitätsklinikum Essen für den Zeitraum 12/2014 bis 12/2016 bestätigt. Demnach liegt die Überlebensrate bei einem betrachteten Zeitraum von 360 Tagen im Rahmen eines kompetitiven Zentrumsangebotes bei rund 90 % (ohne HU und Re-Transplantationen für chronisches

Transplantatversagen). Die Überlebensrate ist damit nahezu identisch mit derjenigen der extended Allocation und liegt sogar über derjenigen eines primären Angebots.



Derartig gute Ergebnisse konnten allein dadurch erzielt werden, dass im Universitätsklinikum Essen eine besonders gründliche und verantwortliche Überprüfung und Entscheidung betreffend die Transplantation im Rahmen eines kompetitiven Zentrumsangebotes getroffen wurde. Dies wiederum bedingte zwingend – wie zuvor dargestellt – in vielen Fällen einen Wechsel.

e. Dokumentation

Der Kommissionsbericht erhebt unter Punkt II. zunächst den grundsätzlichen Vorwurf,

„das Zentrum (habe) bei der Handhabung des beschleunigten Vermittlungsverfahrens und den zahlreichen Umbenennungen zunächst

benannter Patienten gegen die Richtlinien gem. § 16 Abs. 1, Satz 1 Nrn. 2 und 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation verstoßen“;

das Zentrum sei nämlich nach der ausdrücklichen Regelung in den Richtlinien gehalten, der Vermittlungsstelle den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger mitzuteilen. Dagegen aber habe die Praxis des Zentrums verstoßen.

Siehe Kommissionsbericht, aaO, S. 3

Unter Punkt III. zitiert der Kommissionsbericht sodann – unpräzise – die der nachfolgenden Bewertung der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission zugrundeliegenden Richtlinienvorschriften. Für das sog. beschleunigte Vermittlungsverfahren wird am Ende des Abschnitts III. festgehalten, dass

„ab 4. August 2015“

die – dann wörtlich zitierte – Regelung gelte, nämlich: Meldung des gegenwärtig am besten geeigneten Empfängers. Die Prüfung selbst bezog sich auf die Jahre 2012 bis 2015. Der Vorwurf einer grundsätzlichen Richtlinienwidrigkeit unter Bezugnahme auf die – so die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – ab 04.08.2015 geltende Richtlinienbestimmung lässt sich damit allenfalls auf Fälle stützen, die *nach* dem genannten Zeitraum liegen.

Soweit sich die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission aber auf die zuvor geltenden Richtlinienvorgaben zur Begründung ihres Vorwurfs stützen will, erweist sich das ebenfalls als unbegründet. Das zuvor in den Richtlinien umschriebene Verfahren, wonach Eurotransplant

„dem Zentrum oder den Zentren eine Liste von potentiellen Empfängern zur Verfügung (stellt), nach der das Zentrum oder die Zentren den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger in der Reihenfolge der Auflistung auswählen“,

ist nämlich seitens Eurotransplant nie praktiziert worden. Damit konnte die Praxis des Universitätsklinikums Essen vor dem 04.08.2015 auch nicht gegen die damalige Richtlinienvorschrift verstoßen, weil ein wesentliches Tatbestandselement der Norm, nämlich die Vorlage einer Liste durch Eurotransplant, gerade nicht erfüllt war!

Deshalb ist der Prüfungsbericht in diesem Punkt offensichtlich rechtswidrig.

Im Übrigen bestehen ganz prinzipielle Zweifel daran, ob die Bundesärztekammer überhaupt dazu legitimiert ist, mit dem sog. Rescue-Verfahren ein *zentrumsbezogenes* Allokationsverfahren zu etablieren. Das TPG verfolgt in seinen Vorschriften nämlich eindeutig ein Allokationsmodell der *Patientenzentrierung*. Die Regelungen des TPG bedeuten eine eindeutige Absage an die „vorgesetzte“ Praxis einer *zentrumsbezogenen* Verteilung der Organe. Genau diesem Modell aber folgt die Allokation mit dem Übergang zum sog. Rettungsverfahren.

Siehe dazu näher *Höfling*, Rechtsgutachtliche Stellungnahme, aaO, S. 45 ff.

Gerade weil das sog. Rettungsverfahren nach den Richtlinien gleichwohl einer *zentrumsinternen* Allokationslogik folgt, geht auch der im Kommissionsbericht geäußerte Vorwurf fehl, die Essener Praxis benachteilige offensichtlich die Patienten anderer Zentren. Ein derartiger Vorwurf verkennt gerade die kategoriale Differenz des *zentrumsbezogenen* Verteilungsverfahrens zum vom TPG vorgesehenen System.

Abgesehen davon ist die konkrete Ausgestaltung des ausweislich des Prüfberichts seit 04.08.2015 geltenden Normprogramms durch eine gewisse Perplexität gekennzeichnet. Es ist zum einen auf Schnelligkeit angelegt („kompetitives Zentrumsangebot“), verlangt zugleich aber auch eine Auswahlentscheidung, deren Maßstabskriteriologie („bestgeeignet“) indes ohne jede Konkretisierung bleibt.

Eurotransplant selbst ist diese Praxis – wie Äußerungen von *Undine Samuel, Managing Director* von ET, belegen – bekannt. Eurotransplant hat diese auch akzeptiert.

Beim schnellen Zugriff auf Organe handelt es sich offenkundig um ein allgemein bekanntes und keineswegs auf das Universitätsklinikum Essen beschränktes Phänomen. Wir verweisen diesbezüglich auf den Rundfunk-Beitrag von *Thomas Liesen* im Deutschlandfunk vom 18.12.2016, verschriftlicht und abrufbar unter

http://www.deutschlandfunk.de/systemversagen-in-der-organtransplantation-wer-erbt-die.740.de.html?dram:article_id=346823

auf der Homepage des Deutschlandfunks im Internet. In dem Beitrag heißt es zur sogenannten Rettungsallokation:

„Doch interne Protokolle [bei Eurotransplant] belegen das Unglaubliche: Zwischen Anruf aus Leiden und Rückruf durch eine Klinik vergeht kaum mehr als eine Minute. Das Paradoxe dabei: Es sind alles Organe, die andere Ärzte bereits abgelehnt haben. Doch bei der Rückrufaktion entbrennt der Wettbewerb unter den Kliniken.

„Ich persönlich würde schon manchmal gerne wissen wollen, gerade wenn es im Rahmen einer Verteilung kurzfristig über Telefonate entschieden wird, wie dieser Prozess zu Stande gekommen ist. Man kann durchaus, selbst wenn man innerhalb von weniger als 60 Sekunden reagiert, eine negative Rückmeldung bekommen, dass das Organ schon vergeben ist. Das wirft natürlich Fragen auf.“

... Was sagt Undine Samuel dazu, die ärztliche Direktorin von Eurotransplant?

„Eurotransplant kann natürlich über die Sorgfalt, die in einem Zentrum zur Prüfung eines Angebots beiträgt, keine Aussage machen. Wir gehen davon aus, dass immer Sorgfalt waltet, wenn man ein Angebot annimmt.“

Die typische Datenliste eines Organs umfasst über 100 einzelne Posten und Werte, verteilt auf fünf, sechs Seiten. Wer kann die mit seinen Patientendaten abgleichen in einer Minute, einschließlich Einloggen ins Programm?

„Was soll ich dazu sagen. Wir wissen es nicht.“ ...“ (Zusatz in eckigen Klammern und Hervorhebung durch Unterstreichungen durch Unterzeichner)

Vor diesem Hintergrund fehlt es erkennbar an einem inhaltlichen Maßstabsprogramm, das die grundsätzlichen Vorwürfe der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission stützen könnte.

Nur der guten Ordnung halber: Angesichts der begrenzten Haltbarkeit der angebotenen Organe und der im Anschluss an die Akzeptanz geforderten Transportzeit für das Organ wie den Patienten ist schnelles Handeln geboten, um ein unbrauchbar werden des Transplantats zu verhindern! Nicht nur das Universitätsklinikum Essen reagiert deshalb in kürzesten Fristen. Auch andere Transplantationszentren verfahren, wie im Universitätsklinikum Essen hinreichend bekannt ist, ähnlich schnell.

Daraus erklärt sich auch, dass das Universitätsklinikum Essen heute nicht mehr in der Lage ist, einzelfallbezogen die Gründe für einen Patientenwechsel bei der Rettungsallokation aufzuführen. Die entsprechenden Aufzeichnungen sind seinerzeit – anders als heute – nicht im Universitätsklinikum Essen gemacht worden, sondern telefonisch an Eurotransplant übermittelt worden. Erst durch die nach mehrfacher Anforderung zur Verfügung gestellten Listen von Eurotransplant ist ersichtlich, wie dürftig – zum Teil nichtssagend – die Dokumentation dieser Angaben dort erfolgt ist, so z.B. die Eintragung

„Patient NT“

in dem in der bei Eurotransplant geführten Excel-Tabelle vorgesehenen Feld

„Comment Matchlist“.

Demgegenüber wurden vom Universitätsklinikum Essen telefonisch gegenüber Eurotransplant konkrete Umstände, die allenfalls die *Schlussfolgerung* „Patient NT“ rechtfertigten, bekannt gegeben, dort offensichtlich aber nicht verschriftlicht, sodass dem Universitätsklinikum Essen heute ein Rückgriff auf diese Daten des primär Dokumentationsverpflichteten nicht möglich ist.

Die von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission zitierten Daten beruhen auf einer retrospektiven Bewertung zur Patientenauswahl des Transplantationszentrums, erstellt im Nachhinein auf ausdrückliche Bitte der Kommission und unter Hinweis darauf, dass es eine entsprechende Dokumentation seinerzeit nicht gab. Jedenfalls kann daraus nicht übereilt das Erfordernis einer „NT“-Listung geschlossen werden, da es sich dabei um eine schwierige Entscheidung handelt, die im interdisziplinären Team zu besprechen ist.

Angesichts dieses Umstandes ist es auch nicht zielführend, darauf zurückzuführende Mutmaßungen weiter zu vertiefen und eine Darstellung der Einzelfälle vorzunehmen. Nur auf folgenden Umstand – soweit zu verallgemeinern – sei hingewiesen:

Es kommt durchaus nicht selten vor, dass sich potentielle Organempfänger vorübergehend oder dauerhaft im europäischen Ausland aufhalten (vgl. die Schilderungen zu ET-Nummern [REDACTED] und [REDACTED]). In diesen Fällen ist trotz der scheinbar weiten Entfernung eine Transplantation innerhalb üblicher Zeiten vorgesehen. Durch entsprechende organisatorische Vorkehrungen ist nämlich sichergestellt, dass der Organempfänger bei Bedarf durch Sondertransporte innerhalb weniger Stunden (so z.B. aus [REDACTED] innerhalb von 3-4 Stunden nach Anruf) im Universitätsklinikum Essen eintrifft.

Bei Patienten, welche im europäischen Ausland leben und im Universitätsklinikum Essen auf der Warteliste zur Lebertransplantation gelistet sind, wird im Vorfeld (es gibt noch gar kein Organangebot) zunächst die Kostenübernahme des Transports gesichert.

Liegt eine schriftliche Kostenzusage vor, wird im Falle eines akzeptierten Organ-Angebots das Unternehmen [REDACTED] über den – 24-Stunden erreichbaren – Notruf kontaktiert. Im Anschluss wird das weitere Vorgehen von dem Transportunternehmen geregelt. Zur weiteren Zeitplanung kontaktiert das Unternehmen sodann das Transplantationsbüro am Universitätsklinikum Essen.

Vergleiche zu diesem Vorgehen die Auskunft der [REDACTED] des Transplantationsbüros, [REDACTED] – per E-Mail:

Von: [REDACTED]
Gesendet: Dienstag, 18. April 2017 14:51
An: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Betreff: Flugtransfer von Patienten zur Transplantation

Sehr geehrter Herr Prof. Rehborn

Bei Patienten ,die im Europäischen Ausland leben (nur Kinder) und in Essen auf der Warteliste zur Lebertransplantation sind, wird im Vorfeld die Kostenübernahme geklärt.

Liegt eine Kostenzusage vor (schriftlich in der Akte), wird im Fall eines akzeptierten Angebot das Unternehmen [REDACTED] >24h Notruf [REDACTED] angerufen, diese kümmern sich um das weitere Vorgehen.

Sie melden sich zur weiteren Zeitplanung im TX-Büro.

Die Beauftragung des Flugtransfers entscheidet sich natürlich immer nach dem Zeitfaktor der Organentnahme und der Voraussichtlichen Ankunft des Organs am UK-Essen
Eine weitere Möglichkeit für einen Flugtransfer ist, dass sich im Heimatland um einen Transfer gekümmert wird .(anbei ein Beispiel mit Ansprechpartner)

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

Universitätsklinikum Essen (AÖR)
Allgemein-Viszeral und Transplantationschirurgie
OPZII Ebene B4
Hufelandstr.55
D-45147 Essen
[REDACTED]
[REDACTED]

Universitätsklinikum Essen (AÖR)
Vertreten durch den Vorstand: Prof. Dr. Jochen A. Werner (Vorsitzender), Thorsten Kaatze,
Prof. Dr.
Jan Buer, Andrea Schmidt-Rumposch, Prof. Dr. Kurt Werner Schmid

Sitz der Institution: Essen
Institutskennzeichen: 260510381
USt-ID: DE 119 656 585

Für den Fall der fehlenden Kostenübernahme durch deutsche Kostenträger – insbesondere in Bezug auf ausländische Patienten – besteht auch die (ebenfalls weit im Vorfeld abgeklärte) Möglichkeit, dass die Angehörigen den Flugtransfer selbst organisieren:

Übersetzung aus dem [redacted] durch [redacted]
[redacted]
Krankenversicherung

Entscheidung - Nr. [redacted]

Ansprechpartner [redacted] Telefon [redacted] Datum [redacted] 2016

Auf der Basis des vorliegenden Antrags der medizinischen Einrichtung: [redacted]
Zuständiger Arzt:.....
Kostenerstattung des Patiententransportes
Vorname und Name der Versicherten: [redacted]
Geburtsnummer: [redacted]
Wohnort: [redacted]
Diagnose: Zustand nach Lebertransplantation
Diagnosecode: Z94.4

ICH GENEHMIGE TRANSPORT DER VERSICHERTEN - FLUGRETTUNGSDIENST + ELTERNBEGLEITUNG

Von: Flughafen [redacted]
Nach: Flughafen DÜSSELDORF
Bezeichnung des Transportunternehmens: [redacted]
Transportadresse:.....
Datum des Transports: in der Zeit von [redacted] bis [redacted]

Vorher + Genehmigung erteilt Zusätzlich

Begründung des zusätzlichen Genehmigungsantrags:

Im Einklang der Gesundheitsversorgung genehmige ich im Rahmen der entsprechenden Gesetz Bestimmung Nr. [redacted] der gesetzlichen Krankenversicherung die Erstattung für Dienste, die zusammenhängen mit Bereitstellung der Gesundheitsvorsorge in Übereinstimmung der zusätzlichen Vorschriften.

Stempel und Unterschrift
[redacted]/Krankenversicherung
[redacted]

Belehrung:
Gegen diese Entscheidung ist es möglich, beim Vorstand [redacted] Krankenversicherung, [redacted]
[redacted] 5 Tage nach der Erstellung, Einspruch einzulegen.

Essen, [redacted] 2016

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass Rettungsallokationen besonderen Bedingungen unterliegen. Das Universitätsklinikum Essen hat sich mit der geschilderten Vorgehensweise bemüht, den *am besten geeigneten Patienten* – gegebenenfalls noch durch einen Wechsel nach Akzeptanz des Organs – zu benennen. Das entspricht den Richtlinien! Die Erfolge eines solchen Vorgehens werden durch die vorgenannte Überlebensstatistik im Übrigen bestätigt.

IV. Die Vorwürfe betreffend die Anmeldung einer Standard Exception (SE)

1. Erneut: partiell falsche Maßstabsbildung

a.) Anwendung geltender Richtlinien

Hinsichtlich des Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] erhebt die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission den Vorwurf, die Anmeldung einer SE am [REDACTED] sei nicht ordnungsgemäß. Zur Begründung wird teilweise darauf hingewiesen, die Läsionen von 6 mm – unter 1 cm – hätten aufgrund ihrer geringen Größe keine Berücksichtigung finden dürfen. Diese Feststellung, so heißt es weiter,

„basiert auf den international akzeptierten Leitlinien zum HCC“
(Prüfungsbericht, S. 7)

Das Urteil der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission ist indes mit der von ihr selbst zitierten Richtlinienbestimmung ganz offenkundig unvereinbar. Die einschlägige Richtlinienvorschrift verlangt nämlich (u. a.) lediglich

„bis zu drei Tumoren kleiner als 3 cm Größe“.

Der Wortlaut ist eindeutig und keiner Auslegung oder Relativierung durch den Rückgriff auf Leitlinien

zu deren eingeschränkter Verbindlichkeit vgl. auch BGH, Beschl.v.
28.03.2008 – VI ZR 57/07, GesR 2008, 361 und BGH, Urt. v. 15.04.2014
– VI ZR 382/12, GesR 2014, 404

zugänglich. Selbst wenn das der Fall wäre, würden die Richtlinien aufgrund ihres höheren Verbindlichkeits-Charakters Vorrang genießen.

In den – somit maßgeblichen – Richtlinien ist eben nicht die Rede davon, die Tumoren müssten zwar kleiner als 3 cm, dürften aber nicht kleiner als 1 cm sein. Nur die Übereinstimmung mit *Richtlinienvorgaben* kann aber – wenn unter den aufgezeigten Bedenken: überhaupt – Gegenstand der Kontrolle der Prüfungskommission sein. Tatsächliche oder angebliche internationale Standards bzw.

„international akzeptierte Leitlinien“

sind kein tauglicher Prüfungsmaßstab.

Zutreffend hat einer der Sachverständigen der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission, [REDACTED] in diesem Zusammenhang schon darauf hingewiesen, dass

„die kritische Betrachtung von Fall ET-Nr. [REDACTED] (S. 7, aus 2012), Fall ET-Nr. [REDACTED] (S. 8 aus 2014), Fall ET-Nr. [REDACTED] (S. 8, aus 2015), ET-Nr. [REDACTED] (S. 9, aus 2012), ET-Nr. [REDACTED] (S. 9/10 aus 2011) relativiert werden“ (vgl. dessen E-Mail vom 23. 2. 2017, 18:34 Uhr an „transplantationsmedizin@baek.de“)

müsse, soweit es um die Einschätzung gehe, dass die Mailand-Kriterien

zu hieran sowieso bestehenden und aus Sicht des Unterzeichners nachvollziehbaren Zweifeln vgl. schon den Bericht in Ärzte Zeitung online vom 04.08.2008, 13:20 Uhr *„Neues Kriterium für Lebertransplantation bei Leberkrebs: Die Zahl Sieben“* mit dem Hinweis, dass *„nicht wenige Ärzte diese Kriterien für zu restriktiv“* hielten. – Siehe dazu auch noch sogleich.

aufgrund der zu geringen Größe der Einzelherde nicht eingehalten würden. Ebenso zutreffend verweist er diesbezüglich nämlich darauf, dass sich in den seinerzeit geltenden Richtlinien eine entsprechende Vorgabe gerade nicht finde.

Dem ist – abgesehen davon, dass die entsprechenden berechtigten Bedenken im Kommissionsbericht nicht aufgegriffen werden – nichts hinzuzufügen!

Sehr wohl aber sind sie von Bedeutung für die Richtlinienfähigkeit der Bundesärztekammer. Diese ist nämlich nach § 16 Abs. 1 Satz 1 TPG verpflichtet,

„den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien“

festzustellen. Unterlässt sie dies, liegt darin ein Verstoß gegen das TPG. Eine Missachtung der gesetzlichen Vorgaben durch die Bundesärztekammer kann indes nicht dadurch „kompensiert“ werden, dass nunmehr die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission angebliche Leitlinienverstöße bei den Transplantationszentren rügt und gar als Richtlinienverstöße qualifiziert.

Im Übrigen sei auch noch einmal kurz auf die prinzipiellen Bedenken gegenüber den sog. Mailand-Kriterien verwiesen. Eine allein auf eine Nichtberücksichtigung dieser Kriterien gestützte Sanktionierung erscheint aus (verfassungs)rechtlicher Perspektive unzulässig. Viele Untersuchungen haben seit den 1990er Jahren nämlich gezeigt, dass auch jenseits der Mailand-Kriterien die Therapieergebnisse mit Transplantation besser sein können als ohne. Zwar werden die Langzeitergebnisse der Transplantation kontinuierlich schlechter, je mehr und je größere Tumorknoten ein Patient aufweist; sie sind aber auch weit jenseits der Mailand-Kriterien noch in einem Bereich, wo mehr als 40 Prozent der Patienten fünf Jahre überleben. Wenn nun die Richtlinien der Bundesärztekammer in dieser Konstellation die Patientenselektion allein am Kriterium der Ergebnisoptimierung pro Transplantation einführen, so liegt darin eine diametrale Kehrtwendung gegenüber einer Zuteilung nach Maßgabe des MELD-Score. Derartige „Systemwechsel“, die zugleich auf ganz unterschiedlichen „Gerechtigkeitsvorstellungen“ beruhen, darf die Bundesärztekammer aber schon von Verfassungs wegen nicht stillschweigend implementieren.

A. Umgelter, Gebrochene Versprechen, in: Haarhoff (Hrsg.), Organversagen, 2014, S. 179 (214 f.)

b.) Bewertungsmaßstab radiologischer Befunde

Wie bereits oben dargelegt wurde, gibt es bei der radiologischen Befundung kein ausschließliches „Richtig oder Falsch“. Läsionen aber millimetergenau ausmessen zu können, nehmen die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission resp. die von ihr hinzugezogenen Sachverständigen in Anspruch. Dass das nicht richtig sein kann, wird durch die oben einmal exemplarisch dargestellten Messungen von 3 habilitierten und langjährig besonders erfahrenen Radiologen, die vielfach zu unterschiedlichen Ergebnissen gekommen sind, bestätigt. Im Folgenden ist das – patientenbezogen – jeweils dadurch kenntlich gemacht, dass das entsprechende Kurzgutachten als Scan eingefügt wurde.

2. Zu den Vorwürfen im Einzelnen

(1) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Bei dem am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] erfolgte die Anmeldung zur Warteliste am [REDACTED]. Zugleich wurde eine Standard Exception wegen Vorliegens eines hepatozellulären Karzinoms (HCC) beantragt. Aufgrund einer am [REDACTED] durchgeführten Biopsie war ein HCC histologisch gesichert. Es fehlen jedoch Feststellungen, dass das HCC den Mailand-Kriterien entsprach. Ein CT vom [REDACTED] wies lediglich eine hypodense Läsion von 23 mm aus. Der Befund vermerkte ausdrücklich „Kein Nachweis einer malignitätsverdächtigen abdominellen Raumforderung. Am ehesten Leberzyste.“ Eine DSA vom [REDACTED] d.h. ebenfalls vor Antragstellung, enthielt den Hinweis „Kein Nachweis einer hepat. Tumormanifestation“. Eine Beurteilung, ob die Mailand-Kriterien bereits erfüllt waren, war somit nicht möglich. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen die Transplantationskonferenz vom [REDACTED], der keine weiteren Feststellungen vorlagen, eine Listung des

Patienten beschlossen hat. Spätere Bildgebungen vermögen die vorangegangene unzutreffende Anmeldung einer Standard Exception nicht zu rechtfertigen, auch wenn sie möglicherweise eine Anmeldung zu einem anderen Zeitpunkt gerechtfertigt hätten.“

Tatsächlich stellt sich der Sachverhalt wie folgt differenziert dar:

Bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] wurde die Erstdiagnose eines HCC's im Jahre [REDACTED] gestellt. Dieses wurde im Rahmen der stationären Behandlung im UK Essen vom [REDACTED] bis [REDACTED] diagnostiziert.

Dies ergibt sich aus dem Arztbrief vom [REDACTED]



Universitätsklinikum Essen

Anstalt des öffentlichen Rechts

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Gerken

Universitätsklinikum Essen, Klinik für Gastroenterologie, Hufelandstr. 55, 45147 Essen

Herrn



Anzahl

Essen, den [REDACTED] 2010

Patient:
Wohnhaft in

Herr B [REDACTED] geb. am [REDACTED]
[REDACTED]

Sehr geehrter Herr Kollege [REDACTED],

nachfolgend berichten wir Ihnen über den o.g. Patienten, der sich vom
[REDACTED] bis zum [REDACTED] in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:

1. Hepatocelluläres Carcinom G3 in Segment II (ca. 2,5 x 2,4 cm groß)
 - Histologische Sicherung am [REDACTED] 2010
 - nativsonographisch inhomogen echoreich mit echoarmen Randsaum
 - isoechogenes KM-Verhalten in allen Phasen der KM-Sonographie
 - computertomographisch nicht darstellbar
2. A.e. Leberzyste in Segment IV
3. HCV ED 1997
 - Z.n. Interferontherapie
 - Leberzirrhose CHILD C mit portaler Hypertension und Ösophagusvarizen
 - Fraglich Pfortaderthrombose
4. Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig

Zentrum für Innere Medizin
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Kompetenznetz
Hepatitis

WMDZ Westdeutsches
Magen- und Darmzentrum
Essen

Westdeutsches Tumorzentrum
Viszeralmedizinisches Zentrum

Direktionssekretariat

Frau A. Lammers
Tel.: 0201 - 723.3611
Fax: 0201 - 723.5971
Email: guido.gerken@uk-essen.de

Kassen- / Operanzsekretariat

Frau K. Morke
Tel.: 0201 - 723.3636
Fax: 0201 - 723.5970
Email: katharina.morke@uk-essen.de

Ständiger Vertreter des Klinikdirektors

Univ.-Prof. Dr. J. F. Schlaak
Tel.: 0201 - 723.2518
Fax: 0201 - 723.5749

Funktionen:

- Zentrale Endoskopie
Leitung: OA Dr. med. A. Dacke
Anmeldung: 0201 - 723.2590
Fax: 0201 - 723.5745
- Abdomensonographie
Leitung: OA Dr. med. U. Braun-Lang
Anmeldung: 0201 - 723.2597

Ambulanzen:

- Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. J. F. Schlaak
- Allgemeine gastroenterologische Ambulanz
- Hepatologische Spezialambulanz
- HCC-Sprechstunde
- Ambulanz für funktionelle Darmerkrankungen
Anmeldung: 0201 - 723.3615
Fax: 0201 - 723.5745
- Interdisziplinäre Labortransplantationsambulanz
Leitung: Fr. PD Dr. med. S. Deckert
Information: 0201 - 723.1156
Fax: 0201 - 723.1113

Stationen:

- Privatstation M87
Leitung: Prof. Dr. med. G. Gerken
Anmeldung: 0201 - 723.2216 / 2217
Fax: 0201 - 723.2574
- Hepatologische Schwerpunktstation M9
Oberarzt: Prof. Dr. med. A. Canbay
Information: 0201 - 723.3620
Fax: 0201 - 723.5627
- Interdisziplinäre Station für Viszeralmedizin ACA
Oberarzt: Dr. med. S. Haag, MSc
Information: 0201 - 723.3621
Fax: 0201 - 723.5680
- Infektiologische Schwerpunktstation M8
Anmeldung: 0201 - 723.2216
Fax: 0201 - 723.5745

Studienzentrale Gastroenterologie / Hepatologie

Leitung: Fr. Dr. hum. biol. I. Schaffrath
Information: 0201 - 723.3349
Fax: 0201 - 723.5745

Experimentelle Gastroenterologie (G)

Univ.-Prof. Dr. med. J. F. Schlaak
Fr. Prof. Dr. med. E. Carlo
Prof. Dr. med. A. Canbay
Fr. PD Dr. med. S. Deckert / Dr. med. V. Gionini
Dr. med. Ch. Jochum
Dr. M. Trippel
Dr. med. B. Adams / Dr. med. T. Uebing
Tel.: 0201 - 723.4569
Fax: 0201 - 723.4569

Schon dort – also vor der Anmeldung zur Warteliste – wird die Größe also mit 2,5 x 2,4 cm beschrieben!

Der HCC-Verdacht bestand aufgrund einer Kontrastmittelsonographie, nachdem in auswärtigen und am Universitätsklinikum Essen durchgeführten CT-Untersuchungen ein HCC-Nachweis initial nicht geführt werden konnte. In einer sodann am [REDACTED] durchgeführten Biopsie in Segment II konnte das HCC (auch) histologisch gesichert werden:

**Institut für Pathologie und
Neuropathologie**

Universitätsklinikum Essen

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. med. K.W. Schmid

45122 Essen, den [REDACTED]
Hufelandstr. 55
Telefon: 0201/723 2890-91
Fax: 0201/723 5926
E-mail: kw.schmid@uk-essen.de



BAB/ph

Medizin
Station M 9

- im Hause -

Station: MEDGM9

Kopie an:
Med. Endoskopie
-im Hause-

E-Nr.:

Name:

geb:

Eingang am:

Ausgang am:

Vorbefunde:

Befundbericht:**Klinische Angaben:**

HCV-Zirkulation, Verdacht auf HCC.

Makroskopie:

Zwei Stanzzyylinder bis 1,5 cm Länge.

Mikroskopie:

Histologisch sieht man Stanzzyylinder mit deutlich vermehrtem Bindegewebe und Ausbildung von Regeneratknoten im Sinne einer kompletten Leberzirrhose. In den teilweise sehr breiten narbigen Septen eine uncharakteristische und gemischtzellige Entzündung mit einer Duktproliferation. Im Randbereich der beiden Stützen sieht man dann hepatozelluläres Gewebe, hier die Zellkerne deutlich vergrößert und atypisch. Hier die Zellen mit einer großtropfigen und mikrovesikulären Verfettung. Die durchgeführte Versilberung zeigt in diesem Bereich dann umschrieben einen kompletten Verlust des retikulären Fasergerüsts. Daneben auch einzelne Areale mit drei oder mehr Zelllagen.

Epikritische Stellungnahme:

Leberstanzzyylinder mit einer kompletten Leberzirrhose. Nur im Randbereich kleine Areale mit atypischen Hepatozyten und Verlust des Fasergerüsts im Sinne eines hepatozellulären Carcinoms G3.

ICD-O: M8170/3

Univ.-Prof. Dr. K. W. Schmid

Univ.-Prof. Dr. H. B. [REDACTED]
(Rückfragen unter [REDACTED])

Im CT vom [REDACTED] kann die offensichtlich in der späteren Biopsie erfasste Läsion eindeutig festgestellt werden. Diese lag mit 2,2 cm sowohl innerhalb der Mailand- als auch innerhalb der SE-Kriterien:

Report	E	F	CT ABDOMEN	CT
Report:				
V.a. HCC SEGMENT IV Pfortaderthrombose? Yttrium mögl. HCC?				
CT: Abdomen nativ + i.v. KM vom				
Es liegen keine Voraufnahmen zum Vergleich vor. Die Leber weist in Segment IV a eine ca, 2,2 cm große, relativ scharf berandete Hypodensität auf. Kein Nachweis HCC typischer Herde. Unregelmäßige Leberoberfläche. Ubiquitär verteilter Aszites. Wandständiges hypodenses Material im Pfortaderhauptstamm sowie rechten Pfortaderast. Die Milz weist einen ventrodorsalen Maximaldurchmesser von ca. 15 cm auf. Die Milzvene kommt deutlich dilatiert zur Darstellung. Reizlose Sigmadivertikel. Nachweis eines rechtsseitigen Pleuraergusses und eines wenige mm großen subpleural rechts basal gelegenen Herdes (Se6Im5) bei kardialen Dekompensationszeichen. Keine metastasensuspekten ossären Herde.				
Beurteilung:				
1. Leberzirrhose mit Splenomegalie und Aszites. 2. Kein Nachweis eines HCC typischen Herdes. Alte wandständige Pfortaderteilthrombose. 3. Am ehesten zystischer Herd in Segment IV. 4. Pleuraerguss rechts. 5. Kardiale Dekompensationszeichen und am ehesten in diesem Zusammenhang zu wertender kleiner Verdichtungsherd rechts basal. 6. Sigmadivertikulose.				
Req. Physician-Service: Station M8 Patient: Date of Exam: Accession Nr.: 1657318 Report Author: C G Report Approver: Dr. med. Rep. Creation Date:				

Die Auffassung der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission, es sei im Zeitpunkt der Anmeldung zur Warteliste

„Eine Beurteilung, ob die Mailand-Kriterien bereits erfüllt waren, ... somit nicht möglich“

beruht offensichtlich auf eigenen „Erkenntnissen“. Das Universitätsklinikum Essen hat deshalb das CT vom durch Herrn Prof. Dr. med. Laniado und dessen Mitarbeiter nachbegutachten lassen. Angesichts mangelnder Facharztkompetenz der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission und ihrer Sachverständigen verwundert es nicht, dass sich nach deren Feststellungen aus dem CT vom in Segment II eine Läsion mit einem Durchmesser von 27 bis 29 mm ergibt:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado
Telefon: 0351 458-2259
Telefax: 0351 458-4321
michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 12.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 - 0

1. Patient ET-Nr. [REDACTED] (B [REDACTED], [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist die Läsion in Segment 2 in der CT Untersuchung vom [REDACTED]?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 2 im CT vom [REDACTED] von den drei unabhängigen Auswertern mit 28mm, 27mm und 29mm ausgemessen.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Die nachgewiesene Läsion entspricht daher den Mailand- und SE- Kriterien. Die Anmeldung erfolgte damit rechtmäßig – und aus Sicht des Patienten (den manche nicht immer im Auge zu scheinen haben): rechtzeitig –. Somit liegt kein Richtlinienverstoß vor, im Gegenteil ein dem medizinischen Standard im Sinne des § 630a Abs. 2 BGB entsprechendes – und nach dem Behandlungsvertrag dem Patienten geschuldetes – Verhalten. Nur der Vollständigkeit halber: Die Transplantation erfolgte überdies mit einem Primärangebot.

(2) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch bei dem am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] ist die Anmeldung einer Standard Exception am [REDACTED] nicht ordnungsgemäß. Der Anmeldung lagen ein CT vom [REDACTED], das einen hypervaskularisierten Herd im Segment VIII von 11 x 16 mm auswies, sowie ein MRT vom [REDACTED] zugrunde, das früharteriell kontrastmittelanreichernde Läsionen von 12 x 15 mm und 6 mm zeigte. Es lag somit lediglich eine relevante Läsion unter 2 cm vor. Sie vermochte nach den Mailand-Kriterien die Anmeldung einer Standard Exception nicht zu rechtfertigen. Die Läsion von 6 mm konnte aufgrund ihrer geringen Größe keine Berücksichtigung finden. Denn Läsionen unter 1 cm sind für die Anmeldung einer Standard Exception nicht relevant, weil sie noch keine sichere Feststellung ermöglichen, ob es sich überhaupt um ein HCC handelt. Diese Feststellung basiert auf den international akzeptierten Leitlinien zum HCC (EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma, in: Journal of Hepatology 2012, Vol. 56: 908 - 943), deren Kenntnis und Berücksichtigung bei der Diagnose eines HCC vorausgesetzt werden muss. Trotzdem beschloss die Transplantationskonferenz am [REDACTED], der keine weiteren Erkenntnisse vorlagen, den Patienten zu listen.“

Stattdessen ist Folgendes zu konstatieren:

Bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] wurde auswärtig die HCC-Diagnostik mit zwei Bildgebungen mittels MRT und CT durchgeführt und fachradiologisch entsprechend befundet. Beide Untersuchungen weisen übereinstimmend eine Läsion in Segment VIII mit typischem Kontrastmittel-Verhalten auf und wurden mit 15 x 12 mm bzw. 11 x 16 mm ausgemessen.

MRT vom [REDACTED]:

MRT der Leber nativ und mit KM i.v. vom [REDACTED]**Klinische Angabe:**

V.a. HCC

Fragestellung:

Re LL Subkapsulär V.a. HCC (KM.Sonographisch hypervaskularisiert 14x16mm)
Anhalt für HCC

Befund:

Es dient eine CT-Untersuchung vom [REDACTED] 2008 zum Vergleich.
Diskreter linksseitiger Pleuraerguss, ansonsten unauffällige Darstellung der mitabgebildeten Lungenanteile. Bei bekannter zirrhotischen Leberveränderungen lässt sich in den dynamischen Kontrastmittelgestützten Bildsequenzen eine ca. 15 x 12 mm messende, früharteriell Kontrastmittelaufnehmende Läsion mit angrenzenden Perfusionsinhomogenitäten subkapsulär im Lebersegment VIII nachweisen (13 Ima 55). Diese weist in der spätvenösen Untersuchungsphase ein zentrales Kontrastmittel-washout auf (16 Ima 9). Eine weitere, ca. 6 mm messende Läsion zeigt sich im Lebersegment VII (13 Ima 59). Diskrete perihepatische sowie perisplenische Flüssigkeit. Deutliche Splenomegalie, Pathologisch vergrößerte Lymphknoten sind im Untersuchungsvolumen nicht erfasst.

Beurteilung:

Früharteriell Kontrastmittelanreichernde Läsionen im Lebersegment VIII sowie im Segment VII, V.a. bifokales HCC.

CT vom [REDACTED]:

Nach Überprüfung der rechtfertigenden Indikation durch einen fachkundigen Arzt wurde folgende Untersuchung angefertigt:

CT Thorax-Abdomen mit oralem und i.v.KM-Gabe vom [REDACTED]**Klinische Angabe:**

Vor Lebertransplantation

Fragestellung:

HCC, Lebermetastasen

Befund:

Es liegen keine Voraufnahmen zum Vergleich vor.

Thorax

Seitengleiche Belüftung beider Lungenflügel. Nachweis einer nodulären, popcornartig verkalkten Formationen im linken großen Lappenspalt. Diese misst axial 14 x 23 mm (15 Ima 29) und entspricht am ehesten einem verkalkten Hamartom. Kein Nachweis malignomsuspekter intrapulmonaler Rundherde. Keine mediastinale, hiläre oder axilläre Lymphadenopathie nachweisbar. Regelrechte Kontrastierung der thorakalen Blutleiter. Kein Nachweis signifikanter Pleuraergüsse. Kein Perikarderguss. Unauffällige Darstellung der knöchernen Strukturen ohne Hinweis auf malignomsuspekte Osteolysen.

Abdomen

In der früharteriellen Phase zeigt sich ein randständig-Kontrastmittel aufnehmender nodulärer Herd im Segment 8. Dieser misst axial 11 x 16 mm (4 Ima 47) und zeigt sich auch in der venösen Phase noch gering hyperdens zum übrigen Leberparenchym. Kein Nachweis weiterer noduläre Formationen intrahepatisch. Inhomogene Kontrastierung der Leber in der portalvenösen Phase als Zeichen der Leberzirrhose. Perihepatische Flüssigkeitskollektionen. Die Pfortader ist frei perfundiert. Entleerte Gallenblase. Kein Nachweis einer intra- oder extrahepatischen Cholestase. Seitengleiche Kontrastierung der Nieren mit regelrechter Renografik. Nebennieren beidseits zart. Unauffällige Darstellung der Milz und des Pankreas. Vermehrte mesenteriale Venenzeichnung. Kein Nachweis einer retroperitonealen, iliakalen oder inguinalen Lymphadenopathie. Nachweis geringer Menge freier Flüssigkeit in der Excavatio rektovesikalisch.

Beurteilung:

Nachweis eines hypervaskularisierten Herdes im Lebersegment 8. Dieser ist einer TACE zum Bridging zugänglich. Kein Nachweis metastasensuspекter, intraabdomineller Formationen. Leberzirrhose mit Aszites. Die Pfortader frei perfundiert. Nebenbefundlich Verdacht auf verkalktes, größeres Hamartom im linken großen Lappenspalt.

Eine zweite Läsion – mit einer Größe von 6 mm – wurde in Segment VII ebenfalls im MRT vom [REDACTED] festgestellt:

MRT der Leber nativ und mit KM i.v. vom [REDACTED] 2012

Klinische Angabe:

V.a. HCC

Fragestellung:

Re LL Subkapsulär V.a. HCC (KM.Sonographisch hypervaskularisiert 14x16mm)
Anhalt für HCC

Befund:

Es dient eine CT-Untersuchung vom [REDACTED] 2008 zum Vergleich.
Diskreter linksseitiger Pleuraerguss, ansonsten unauffällige Darstellung der mitabgebildeten Lungenanteile. Bei bekannter zirrhotischen Leberveränderungen lässt sich in den dynamischen kontrastmittelgestützten Bildsequenzen eine ca. 15 x 12 mm messende, fröharteriell kontrastmittelaufnehmende Läsion mit angrenzenden Perfusionsinhomogenitäten subkapsulär im Lebersegment VIII nachweisen (13 lma 55). Diese weist in der spätvenösen Untersuchungsphase ein zentrales Kontrastmittel-washout auf (16 lma 9). Eine weitere, ca. 6 mm messende Läsion zeigt sich im Lebersegment VII (13 lma 59). Diskrete perihepatische sowie perisplenische Flüssigkeit. Deutliche Splenomegalie. Pathologisch vergrößerte Lymphknoten sind im Untersuchungsvolumen nicht erfasst.

Beurteilung:

Fröharteriell kontrastmittelanreichernde Läsionen im Lebersegment VIII sowie im Segment VII, V.a. bifokales HCC.

Die Listung mit HCC erfolgte am [REDACTED] korrekt gemäß den o. g. Mailand-Kriterien – hier bis zu 3 Tumore bis 3 cm – und den seinerzeit bestehenden Richtlinien. Die beiden Tumore waren jeweils kleiner als 3 cm und erfüllten damit die geltenden Mailand- und SE-Kriterien. Nach der fachradiologischen Begutachtung von Prof. Dr. med. Laniado ergibt sich aus den o.g. Befunden in Segment VIII eine Läsion mit einem Durchmesser von 14 bis 17 mm sowie in Segment VII eine Läsion von bis zu 17 mm:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado
Telefon: 0351 458-2259
Telefax: 0351 458-4321
michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

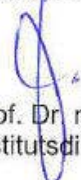
Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

2. Patient ET-Nr. [REDACTED] (T [REDACTED], Y [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist die Läsion in Segment 8 und Segment 7 in der MRT-Untersuchung vom [REDACTED] 2012 und in der CT Untersuchung vom [REDACTED] 2012?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 7 in der MRT vom [REDACTED] 2012 von den drei unabhängigen Auswertern mit 7mm, 9mm und 15mm; in der CT vom [REDACTED] 2012 wurde die Läsion in Segment 7 von Auswerter 1 und 3 als nicht abgrenzbar eingestuft, der Auswerter 2 hat die Läsion in Segment 7 mit 11mm gemessen.

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 8 in der MRT vom [REDACTED] 2012 von den drei unabhängigen Auswertern mit 14mm, 16mm und 14mm; in der CT vom [REDACTED] 2012 wurde die Läsion in Segment 8 mit 13mm, 17mm und 17mm ausgemessen.


Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Sprecher)
Wilfried E. B. Winker

Vorsitzender des

Die von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission genannte Untergrenze vom 1 cm stellt keinen Bestandteil der Mailand-Kriterien dar, sodass die entsprechend durch die Prüfungs- und Überwachungskommission angenommene

Untergrenze bei der entsprechenden Anmeldung nicht zu berücksichtigen war. Insoweit wird auch auf die oben wörtlich zitierte Stellungnahme von Prof. [REDACTED] – den Sachverständigen der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – Bezug genommen.

Die nur wenige Monate vor Listung erschienenen Europäischen Guidelines

Journal of Hepatology 2012, Vol. 56: 908 – 943

sind für die klinische Praxis selbstverständlich hochrelevant, unterscheiden sich aber im Einzelnen von den zum SE-Antragszeitpunkt geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer, auf deren rechtliche Vorrangigkeit bereits oben hingewiesen wurde. Deren weitgehende Anpassung an die zitierten europäischen Leitlinien erfolgte unseres Wissens erst 2016 – wiederum sei auf § 16 Abs. 1 Satz 1 TPG verwiesen.

Dass unter diesen Umständen auf die oben zitierten Leitlinien verwiesen wird, erscheint unverständlich und in rechtlicher Hinsicht nicht tragfähig (s.o.), und zwar sowohl für diesen als auch für alle anderen geprüften Fälle. Für die Listung und Vergabe von Spenderorganen gelten allein die Vorgaben des TPG und die Leitlinien der BÄK. Etwaige weitergehende medizinische Forschungsergebnisse waren daher nicht zu berücksichtigen. Ein Richtlinienverstoß liegt mithin nicht vor.

Auch hier wiederum nur der guten Ordnung halber: Die Transplantation des Patienten ET-Nr. [REDACTED] erfolgte darüber hinaus mit einem kompetitiven Zentrumsangebot, also ohne Inanspruchnahme der gewährten SE.

(3) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert wurde, ist die Anmeldung einer Standard Exception am [REDACTED] nicht richtliniengemäß. Es liegt kein ausreichender Nachweis vor, dass sich das festgestellte HCC zu diesem Zeitpunkt noch innerhalb der Mailand-Kriterien befand. Ein MRT vom [REDACTED] wies zwar eine Läsion von 3,1 x 3,6 cm und ein CT vom [REDACTED] von 3,6 x 4 cm, d.h. innerhalb der Mailand-Kriterien, aus. Die Anmeldung einer Standard Exception erfolgte aber erst 13 bzw. 15 Monate später. Es hätte somit noch eine zeitnahe Abklärung erfolgen müssen. Ein späteres CT vom [REDACTED] also noch vor Anmeldung einer Standard Exception, beschrieb nicht die Größe der Läsionen. Die Nachmessung während der zweiten Vor-Ort-Prüfung ergab jedoch eine Läsion, die > als 6 cm war und damit außerhalb der Mailand-Kriterien lag.“

Das ist unzutreffend. Richtig stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar:

Der HCC-Diagnostik zugrunde liegt bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] – wie durch die Prüfungs- und Überwachungskommission beschrieben – eine übereinstimmende Bildgebung mittels externem MRT und CT, die einen einzelnen Herd von 3,1 x 3,6 cm bzw. 2,1 x 2,3 cm aufweisen. Diese waren mit typischem Kontrastmittelverhalten beschrieben und erfüllten somit sowohl die Mailand- als auch die SE-Kriterien – einen Tumor zwischen 2 und 5 cm. Damit wurde den einschlägigen diagnostischen Anforderungen im Vorfeld der Listung entsprochen.

Der Listung zugrunde lag zusätzlich ein CT vom [REDACTED] 2013, das zwar in der schriftlichen Befundung keine ausdrückliche Größenausmessung des Herdes wiedergibt:

Name: W [REDACTED], H [REDACTED]
Geburtsdatum: [REDACTED]
Fallnummer: [REDACTED]

Freigeber: Dr. med. [REDACTED]

HCC bei HCV-Zirrhose, bisher keine Therapie.
Verlauf ? Neue Herde ? LK?

CT: Leber-Doppelsonographie vom [REDACTED] 2013:

Zum Vergleich CT-Abdomen-Voruntersuchung vom [REDACTED] 2012.

Befund:

Im Verlauf a.e. abnehmende Hyperarterialisierung und gering zunehmende Nekrotisierung (somit teilweise besserer Demarkierung) der vorbekannten Leberläsion in S4 (IMA 7/16 zuvor IMA 9/14). Bekannte Verkalkung in Segment 7. Zwischenzeitliches Coiling der A. hepatica sinistra. Nephrolithiasis beidseits idem. Unauffällige Darstellung der übrigen parenchymatösen Organe. Bis grenzwertig große Lymphknoten in der Leberpforte und an der kleinen Kurvatur wie vorbestehend (z. B. ima 7/14). Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten. Deutliche infrarenale Aortensklerose, Sklerose der Iliacalgefäße sowie subcutane Verkalkungen beidseits gluteal, a. e. post injectionem, wie vorbestehend. Keine malignitätsverdächtige knöcherne Veränderung. Mitabgebildete thorakale Abschnitte siehe Befund CT-Thorax vom gleichen Tag.

Beurteilung:

1. Teilweise progrediente Nekrotisierung und abnehmende Hyperarterialisierung der vorbekannten Tumormanifestation in S4.
2. Zwischenzeitliches Coiling der A. hepatica sinistra.
3. Bis grenzwertig große Lymphknoten in der Leberpforte und an der kleinen Kurvatur wie vorbestehend.

Angeht die Inbezugnahme der vorhergehenden CT-Abdomen-Untersuchung vom [REDACTED] 2012 wäre es jedoch auch naheliegend – und ärztlichem Usus entsprechend – gewesen, erhebliche Größenveränderungen gegenüberzustellen und zu beschreiben.

Nach der fachradiologischen Begutachtung durch Herrn Prof. Dr. med. Laniado und seine Mitarbeiter lässt sich aus dem CT vom [REDACTED] 2013 im Übrigen sehr wohl die Größe des Herdes in Segment IV bestimmen. Danach lag der Durchmesser zwischen 18 und 27 mm:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

3. Patient ET-Nr. [REDACTED] (W [REDACTED], H [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist die Läsion in Segment 4 in der MRT-Untersuchung vom [REDACTED] 2012, in der CT Untersuchung vom [REDACTED] 2012 und in der CT Untersuchung vom [REDACTED] 2013?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 4 in der MRT vom [REDACTED] 2012 von den drei unabhängigen Auswertern mit 16mm, 19mm und 29mm, [REDACTED] vom [REDACTED] 2012 mit 18mm, 26mm und 33mm und in der CT vom [REDACTED] 2013 mit 18mm, 26mm und 27mm ausgemessen.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Der Rückschluss der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission im Rahmen der Nachbefundung ist wiederum offensichtlich von einer unzureichenden fachlichen Expertise getragen; auf die obigen Ausführungen sei verwiesen.

Damit steht fest: Der Herd lag sehr wohl innerhalb der Mailand-Kriterien – hier ein Herd mit einem Durchmesser zwischen 2 und 5 cm. Daher war die Benennung richtlinienkonform.

Und wiederum der Vollständigkeit halber: auch in diesem Fall erfolgte die Transplantation mit einem kompetitiven Zentrumsangebot.

(4) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

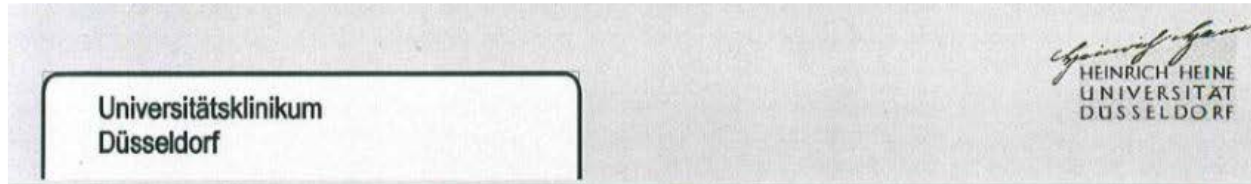
„Dies gilt auch für den Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert wurde. Die Anmeldung einer Standard Exception erfolgte am [REDACTED] 2014. Bei dem Patienten war zuvor am [REDACTED] 2013 eine transarterielle Chemoembolisation (TACE) durchgeführt worden, so dass es entsprechend den Richtlinien auf die Feststellungen eines den Mailand-Kriterien entsprechenden HCC's vor dem [REDACTED] 2013 ankommt. Ein CT vom [REDACTED] 2013 enthielt keinen Nachweis einer malignomverdächtigen Raumforderung. Auch eine Kontrastmittel-sonographie vom [REDACTED] 2013 äußerte lediglich den Verdacht auf ein HCC. Weitere Bildgebungen konnten nicht vorgelegt werden, so dass keine ausreichenden Feststellungen getroffen wurden, ob überhaupt ein HCC innerhalb der Mailand-Kriterien gegeben war.“

Tatsächlich stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar:

Bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] ist anzumerken, dass hier in der HCC-Diagnostik individuell von den vorgegebenen Richtlinien aufgrund einer bestehenden chronischen Niereninsuffizienz abgewichen werden musste. Im Rahmen der Diagnostik konnte das Vorliegen eines den Mailand-Kriterien entsprechenden HCC's sehr wohl festgestellt werden. Dies ergibt sich insbesondere bei – fachgerechter – Auswertung der radiologischen Befunde.



Der HCC-Diagnostik liegt primär eine externe Kontrastmittel-Sonographie vom [REDACTED] 2013 zugrunde, die zwei Herde beschreibt:

**Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie****Direktor: Prof. Dr. med. D. H. [REDACTED]**Klinik für Gastroskopie, Hepatologie und Infektiologie - Postfach 101007 - 40001 Düsseldorf**Sonografie:**

Tel.: (0211) 81-17819

AHID

Patient**Name:**

R. [REDACTED]

Geb.Datum:

[REDACTED]

Fall-Nr.:

[REDACTED]

Unters.-Datum:

[REDACTED] 2013

Untersucher:

FOA Dr. [REDACTED] M. [REDACTED]

Kontrastmittel-Abdomensonographie**Gerät:** Toshiba Aplio XG

Leber: Eingeschränkt beurteilbar, normal groß (cranio-kaudal 85 in MCL und dorso-ventral 139 mm in MCL), verplumpte Kontur, Oberfläche unregelmäßig eingeschränkt palpatorisch mit dem Schallkopf verformbar. Leberparenchymstruktur inhomogen vergrößert mit normaler Echogenität. Ohne distale Schallabschwächung. Rarefizierte Gefäßzeichnung. Echoreicher Herdbefund in Segment II/IVa wie vorbeschrieben, 11x10x12mm (VU: 13x10mm VVU: 12x12x10mm, davor in VU bis 17mm). Neu aufgetretener echoreicher Herd mit angedeutetem echoarmen Randsaum zentral am Lebervenenstern, Segment VIII. Mäßig Aszites perihepatisch, perilienal und im Unterbauch.

US-Kontrastmittel-Untersuchung: Insgesamt schwierige Schallbedingungen bei zentraler Lage des Herdes (Tiefe 12cm). Nach Gabe von SonoVue kommt es in der arteriellen Frühphase zu einer diskreten fokalen Hypervaskularisation der RF im Segment VIII. In der parenchymatösen Spätphase lässt sich hier keine umschriebene Aussparung darstellen, wobei diesbezüglich aufgrund der Lage

Beurteilung: KM-sonografisch stellt sich die RF zentral in Segment VIII diskret hypervaskularisiert dar, so dass der Verdacht auf ein HCC gestellt werden muss

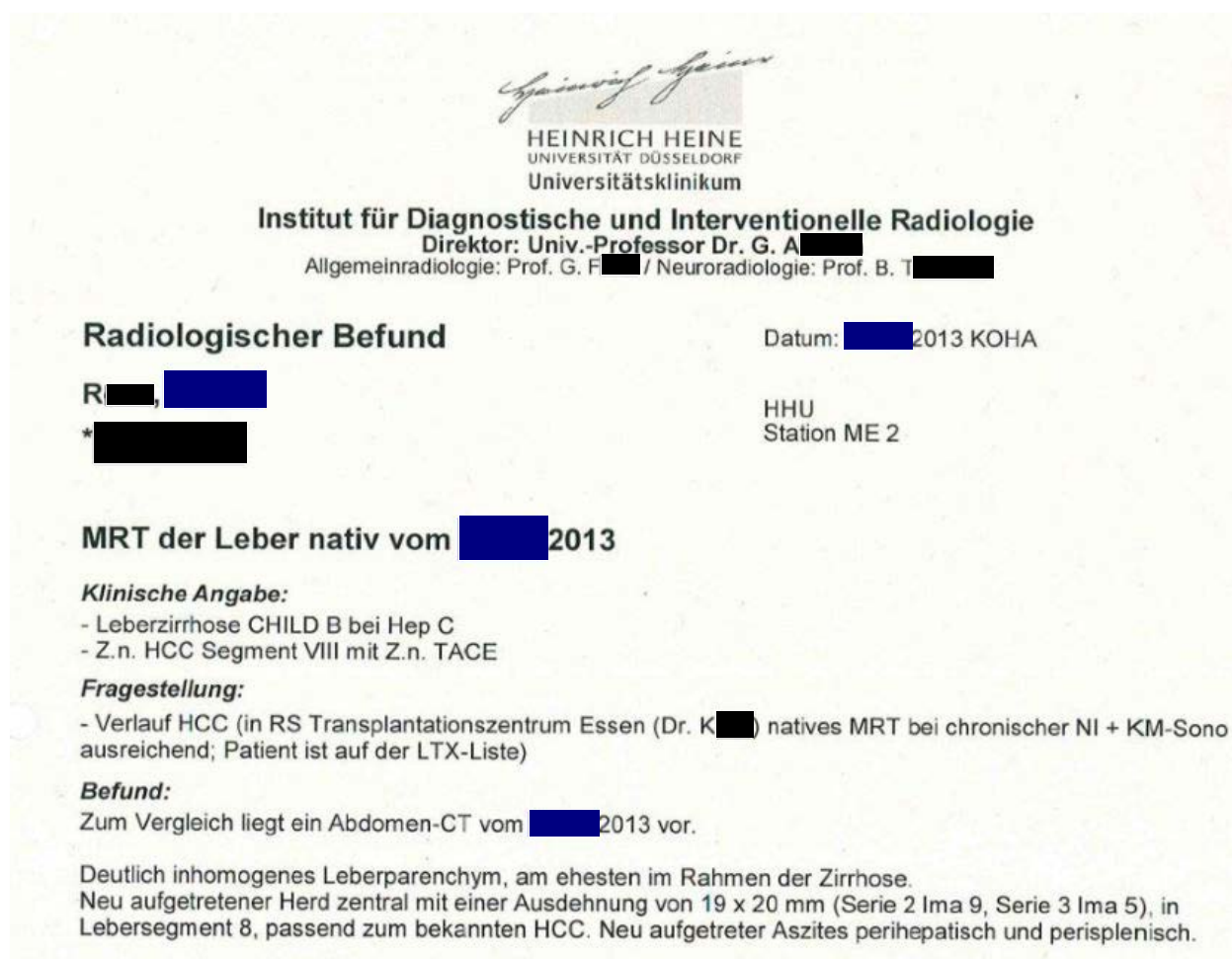
OPS: 3-030

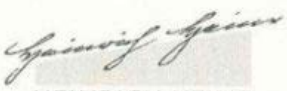
FOA Dr. [REDACTED] M. [REDACTED]

Prof. Dr. med. D. H. [REDACTED]
Direktor der Klinik

Die Sonographie beschreibt also den Herd und seine Größe; allein kann – natürlich – sonographisch nicht zuverlässig festgestellt werden, ob die als solche und insbesondere in der Größe festgestellte Raumforderung (auch) als HCC zu qualifizieren ist. Dafür bedarf es bekanntermaßen einer fachradiologischen Diagnostik. Allerdings stellte diese Sonographie den Ausgangspunkt für die weitere Diagnostik dar.

Abweichend von den Richtlinien wurde der SE-Listung am [REDACTED] 2014 ein – externes – natives MRT vom [REDACTED] 2013 zugrunde gelegt, das eine entsprechende Läsion in Segment VIII von 1,9 x 2,0 cm beschreibt:




HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
Universitätsklinikum

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Univ.-Professor Dr. G. A. [REDACTED]
Allgemeinradiologie: Prof. G. F. [REDACTED] / Neuroradiologie: Prof. B. T. [REDACTED]

Radiologischer Befund Datum: [REDACTED] 2013 KOHA

R. [REDACTED]
* [REDACTED] HHU
Station ME 2

MRT der Leber nativ vom [REDACTED] 2013

Klinische Angabe:
- Leberzirrhose CHILD B bei Hep C
- Z.n. HCC Segment VIII mit Z.n. TACE

Fragestellung:
- Verlauf HCC (in RS Transplantationszentrum Essen (Dr. K. [REDACTED]) natives MRT bei chronischer NI + KM-Sono ausreichend; Patient ist auf der LTX-Liste)

Befund:
Zum Vergleich liegt ein Abdomen-CT vom [REDACTED] 2013 vor.

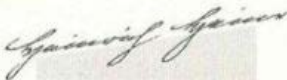
Deutlich inhomogenes Leberparenchym, am ehesten im Rahmen der Zirrhose.
Neu aufgetretener Herd zentral mit einer Ausdehnung von 19 x 20 mm (Serie 2 Ima 9, Serie 3 Ima 5), in Lebersegment 8, passend zum bekannten HCC. Neu aufgetreter Aszites perihepatisch und perisplenisch.

Nach diesem Befund konnte trotz TACE-Behandlung ein entsprechender Herd als HCC diagnostiziert werden. Überdies wird durch die Bezugnahme zu

„bekanntem HCC“

verdeutlicht, dass dieses bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen hat. Damit entsprach das HCC trotz TACE-Behandlung den Mailand- und SE-Kriterien.

Am [REDACTED] 2014 erfolgte auswärtig ein einmaliges CT mit Kontrastmittelgabe, das bei vorher durchgeführter, mehrfacher TACE-Behandlung den Nachweis von vitalem Tumorgewebe nicht mehr ermöglichte:


HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
Universitätsklinikum

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Univ.-Professor Dr. G. A. [REDACTED]
Allgemeinradiologie: Prof. G. F. [REDACTED] / Neuroradiologie: Prof. B. T. [REDACTED]

Radiologischer Befund Datum: [REDACTED] 2014 HEIN

R [REDACTED]
* [REDACTED] HHU
Station ME 2

Nach Überprüfung der rechtfertigenden Indikation durch einen fachkundigen Arzt wurde folgende Untersuchung angefertigt:

CT der Leber + i.v.KM-Gabe vom [REDACTED] 2014:

Klinische Angabe:
HCV assoziierte Leberzirrhose im Stadium Child B. HCC im Lebersegment 8. Zustand nach TACE [REDACTED] 2013. Zustand nach TACE.

Fragestellung:
Post TACE Kontrolle.

Befund:
Zum Vergleich dient eine MR-Untersuchung der Leber vom [REDACTED] 2014.

Pleuraergüsse beidseits mit führendem Befund rechts. Hier zeigen sich angrenzenden Belüftungsstörung des basalen Lungenparenchyms. Im Lebersegment 8 zeigt sich ein 23 mm durchmessendes neu aufgetretenes Nekroseareal. Kleines hypervaskularisierte Areal im Lebersegment 3 mit einer Ausdehnung von 7 mm (5 Ima 52), diese entspricht am ehesten dem bekannten Hämangiom im Lebersegment 3. Keine weiteren hypervaskularisierten Areale abgrenzbar. Deutlicher Aszites perihepatisch sowie perisplenisch. Splenomegalie mit einer Ausdehnung von 16 x 9 x 13 cm. Kollabierte Gallenblase. Lipomatös degenerierte Pankreasparenchym. Mehrere hyperdense Strukturen im Magen, am ehesten Tablettenreste. Schlanke Nebennieren beidseits. Soweit miterfasst seitengleiche Renografik. Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten im Untersuchungsgebiet. Auffällige Darstellung der ossären Strukturen.

Beurteilung:
Erfolgreiche TACE des HCC-Herdes im Lebersegment 8. Keine Fehlembolisation. Kein Nachweis von vitalem Tumorgewebe.



Nach der fachradiologischen Begutachtung von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen ergibt sich aus dem MRT vom [REDACTED] 2013 in Segment VIII eine Läsion mit einem Durchmesser von bis zu 22 mm:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus - 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

4. Patient ET-Nr. [REDACTED] (R [REDACTED], A [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist die Läsion in Segment 8 in der MRT-Untersuchung vom [REDACTED] 2013 und in der CT Untersuchung vom [REDACTED] 2014?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 8 in der MRT vom [REDACTED] 2013 von den drei unabhängigen Auswertern mit 15mm, 19mm und 22mm; in der CT vom [REDACTED] 2014 mit 26mm, 26mm (nach TACE avital) und 28mm ausgemessen.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Damit lag der Herd bereits zum Zeitpunkt der Listung sehr wohl innerhalb der Mailand-Kriterien. Folglich war auch die Vorgehensweise des Universitätsklinikums Essen mit der Anmeldung des Patienten zu einer Standard Exception sehr wohl richtlinienkonform.

Wiederum gilt im Übrigen: Die Transplantation erfolgte mit einem Primärangebot, allerdings nicht – wie in dem eingangs der Fallbearbeitung wiedergegebenen Zitat der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission behauptet wird – am ■■■■■ 2014, sondern erst am ■■■■■ 2014.

(5) Patient ET-Nr. ■■■■■

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch bei dem Patienten ET-Nr. ■■■■■, der am ■■■■■ transplantiert wurde, begegnet der SE-Antrag vom ■■■■■ 2015 erheblichen Bedenken. Im ■■■■■ 2014 erfolgte zwar eine histologische Sicherung eines HCC. Unklar ist jedoch, ob dieses größtmäßig den Mailand-Kriterien entsprach. Ein CT vom ■■■■■ 2014 wies auf einen singulären Tumor von 15 x 11 mm Größe hin, d.h. nicht den Mailand-Kriterien entsprechend. Im ■■■■■ 2014 erfolgte eine Radiofrequenzablation (RFA). Die Wartelistenbesprechung vom ■■■■■ 2015 ging ebenfalls zunächst davon aus, dass das diagnostizierte HCC von 1,2 cm Durchmesser nicht den Mailand-Kriterien entsprach, und zwar in Übereinstimmung mit dem zugrundeliegenden radiologischen Konsil. Das Protokoll lässt nicht erkennen, worauf die Schlussfolgerung, dass zwei Herde von 2 cm und 1,2 cm vorlägen, beruht. Ein CT vom ■■■■■ 2014, das auf zwei regrediente, konfluierende hypodense Ablationszonen im rechten Leberlappen hinweist, ist zur Größenbestimmung ungeeignet, weil es erst nach Durchführung der RFA erfolgte. Eine ausreichende Abklärung der Größe des HCC vor Anmeldung der Standard Exception ist somit nicht ersichtlich.“

Auch dieser Sachverhalt stellt sich anders – und richtigerweise wie folgt – dar:

Bei dem Patienten ET-Nr. ■■■■■ erfolgte die erstmalige Listung am ■■■■■ 2014 aufgrund eines durch Biopsie gesicherten HCC's ohne SE-MELD mit einer typischen Läsion im rechten Leberlappen, die sowohl in einem auswärtigen CT als

auch in einem auswärtigen MRT übereinstimmend hyperarterialisiert mit Wash-out mit 12 bzw. 15 mm beschrieben ist. Diese Angaben wurden hausintern konsiliarisch durch den Radiologen wie folgt bestätigt:

Name: H. [REDACTED]
Geburtsdatum: [REDACTED]
Fallnummer: [REDACTED]
Freigeber: Dr. med. [REDACTED] W. [REDACTED]

Mitbeurteilung von Fremdaufnahmen, HCV Leberzirrhose, auswärtiges Leber MRT mit V.a .HCC mit 12mm im rechten Leberlappen zentral, HCC?

Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom [REDACTED] 2014:

Befund und Beurteilung:

Zum Vergleich Voruntersuchung vom [REDACTED] 2014 (CHILI) sowie vom [REDACTED] 2010 im eigenen Haus.

Neu nachweisbare hyperarterialisierte Leberläsion zentral im rechten Leberlappen mit venösem Wash-out und einem Durchmesser von etwa 12mm bei bildmorphologischen Zeichen einer Leberzirrhose, dringend HCC suspekt, weitere Abklärung mittels KM Sonographie oder CT zur Sicherung der Diagnose empfohlen.

Zum externen CT vom [REDACTED] 2014 wird in einer hausinternen konsiliarischen Beurteilung seitens des Radiologen ausgeführt:

Name: H [REDACTED]
Geburtsdatum: [REDACTED]
Fallnummer: [REDACTED]

Freigeber: PD Dr. med. H [REDACTED]

HCV-Zirrhose. Abhaltung bezügl. LTX Evaluation?

CT: Leber-Doppelsonographie und 2D-Rekonstruktion vom [REDACTED] 2014:

Zum Vergleich liegt ein externes MRT vom [REDACTED] 2014 vor.

Befund:

Zeichen der Leberzirrhose mit höckeriger Leberoberfläche und Hypertrophie des Lobus caudatus. Bekannter a.e. gering progredienter und deutlich hyperarterialisierter Herd mit wash out im S8 (6/imal6 15mm vs. 11mm). Keine weiterhin hyperarterialisierten hepatischen Herde. Pfortader regelrecht kontrastiert. Nierenzyste links. Unauffällige Darstellung der übrigen parenchymatösen Abdominalorgane ohne fokale Läsionen. Deutlich vermehrte Lymphknoten im Leberhilus und um den Truncus coeliacus. Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten intra- und retroperitoneal. Alte in deutlicher Fehlstellung konsolidierte Beckenfraktur mit Fraktur der Os ilii beidseits, sowie des Acetabulums links und des oberen und unteren Schambeinastes beidseits. Deutliche Gonarthrose links.

Beurteilung:

1. Zeichen der Leberzirrhose mit gering progredientem, nach wie vor HCC-verdächtigem Herd im S8.
2. Alte, in deutlicher Fehlstellung konsolidierte Beckenfraktur.

Am [REDACTED] 2015 erfolgte die Meldung zum SE-MELD. In der am gleichen Tag zuvor durchgeführten Transplantationskonferenz mit radiologischem Konsil wurde in der Rückschau ein Planungs-CT nach Lipiodol-Angiographie vom [REDACTED] 2014 zugrunde gelegt:



Name: H. [REDACTED]

Geburtsdatum: [REDACTED]

Fallnummer: [REDACTED]

Freigeber: PD Dr. med. J. [REDACTED]

HCC bei HCV, Lipiodol Angiographie am [REDACTED] 14
RFA in Intubationsnarkose

CT im Bereich Abdomen und Thermoablation vom [REDACTED] 2014:

Voruntersuchungen vom [REDACTED] 14 (CT-Abdomen), [REDACTED] 14 (DSA + Lipiodol und native Kontroll-CT).

Betreuung des Patienten durch die Kollegen der Anästhesie zur Intervention in ITN.

Patientenlagerung in Bauchlage. Überwachung mit EKG, Sättigung, RR und Puls; intravenöser Zugang über linken Arm.

Planungs-CT nativ, danach Entscheidung zu einem interventionellen Vorgehen von rechts lateral intercostal.

Markierung des Zugangsweges, Hautdesinfektion und steriles Abdecken.

Lokalanästhesie subcutan mit insgesamt 10 ml Scandicain 1%. Hautincision.

Unter wiederholter Bildgebungskontrolle Vorführen der Führungsnadel in die residuelle Lipiodol-Markierung rechts zentral. Ablation an zwei Lokalisationen mit zwischenzeitlichem Rückzug um 1,5 cm (17 Minuten bis max. 180W und 12 Minuten bis max. 120W).

Umlagerung der Führungsnadel in die kleine Läsion dorsal im rechten Leberlappen, die noch flau abgrenzbar ist. Erneute Ablation über 12 Minuten mit max. 120W.

Die Kontrolle nach Entfernung zeigt keinen Hinweis auf Komplikation, keine aktive Blutung bzw. keinen Pneumothorax. Die Intervention wurde vom Patienten gut toleriert; dieser wurde zur Nachbetreuung von den Kollegen der Anästhesie in den Aufwachraum übernommen.

Beurteilung:

Problemlose Thermoablation einer Lipiodol-markierten Läsion rechts zentral (zwei überlappende Ablationsstellen) und der kleinen fraglich suspekten Läsion dorsal rechts. Keine Komplikationen.

Prozedere:

MORGEN Leber-Doppelsonographie zur Therapiekontrolle.

Dieses erfolgte vor einer perkutanen RFA-Behandlung – einer Thermoablation –, die ebenfalls am [REDACTED] 2014 stattfand.

Nach der fachradiologischen Begutachtung von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen ergibt sich aus dem CT vom [REDACTED] 2014 in Segment VIII eine Läsion mit einem Durchmesser von 20 bis 25 mm:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

5. Patient ET-Nr. [REDACTED] (H [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist die Läsion in Segment 8/5 (lipiodolmarkierter Herd) in der CT-Untersuchung vom [REDACTED] 2014 (siehe Prä-Biopsie-Spirale)?

Für Patienten H [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 8 in der CT-Untersuchung vom [REDACTED] 2014 von den drei unabhängigen Auswertern mit 24mm, 25mm und 20mm ausgemessen.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Auch in diesem Fall waren also die sog. Mailand-Kriterien wie SE-Kriterien erfüllt; der Herd befand sich innerhalb eines Bereichs von 2 bis 5 cm. Die Meldung des Patienten war mithin sehr wohl richtlinienkonform. Die gegenteiligen Schlussfolgerungen der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission sind unzutreffend; sie widersprechen der fachradiologischen Bewertung.

Erneut der Vollständigkeit halber: Die Transplantation erfolgte überdies mit einem Primärangebot.

(6) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Bei dem am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] erfolgte die Anmeldung einer Standard Exception am [REDACTED] 2015. Zuvor war ein MRT am [REDACTED] 2015 durchgeführt worden, das eine Läsion von 18 mm, und damit nicht den Milan-Kriterien entsprechend, auswies. Dies wird bestätigt durch ein radiologisches Konsil vom [REDACTED] 2015. Auch die Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2015 enthält die Vermerke „Seg. III/IVa: 2,2 cm und 0,8 cm multiple Regeneratknoten“, „Histologie: ... formal Kriterien eines dysplastischen Knotens“ und „außerhalb Milan“ und verweist im Übrigen auf ein HCC im Segment IVa von 2,2 cm. Worauf diese Feststellung beruht, ist nicht ersichtlich. Es kann nicht von einer ausreichenden Abklärung ausgegangen werden. Auch der Pathologiebefund vom [REDACTED] 2015 enthält keinen Tumornachweis.“

Allerdings stellte sich der Sachverhalt wie folgt dar:

Die Meldung mit SE-MELD vom [REDACTED] 2015 bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] erfolgte aufgrund eines externen CT vom [REDACTED] 2015. Dieses CT beschreibt einen hyperarterialisierten Herd in Segment IVa, der allerdings gerade innerhalb der Grenze für die SE-Meldung (2 cm-Grenze) liegt:

Befund in T2w ebenfalls nicht nachvollziehbar. Bekannte blande Zysten in den Segmenten 2 und 3, 1,87. Keine Cholestase, keine periportalen Ödeme, frei perfundierte Pfortader, kein Aszites. Grobfleckige Leberoberfläche bei Zirrhose. Aus der CT bekannte und hier besser abgrenzbarer, größenstabile portale, perizöliakale, präaortale und retropankreatisch Lymphknoten von bis zu 13 mm in der kurzen Achse. Nebenfundlich hochgradige Spinalkanalstenose LWK 3/4 kombiniert diskaler und osteophytärer Genese, blande Bosniak 1 kortikale Nierenzysten beidseits von wenigen Millimetern Größe.

Beurteilung:

Stabiler HCC-verdächtiger Herd im Segment 4a, starker Verdacht auf HCC-Fokus von 9 mm im tiefen Segment 8. Kein Hinweis für in der Vor-MRT geäußerte mögliche HCC-Foci in den Segmenten 1,3 und 4b. Stabile Lymphadenopathie (T2 N1 M0, UICC/AJCC IVa).

Computertomografie des Abdomens mit Becken, sowie des Thoraxes mit Bolusinjektion vom [REDACTED] 2015:Befund:

Zum Vergleich liegt die drei Phasen Leber CT vom [REDACTED] 2014 sowie die MRT vom [REDACTED] 2014 und [REDACTED] 2015 vor.

Abdomen:

In der arteriellen Phase zeigt sich im Lebersegment IVa eine inhomogene, flächige Kontrastmittelanreicherung in axialer Schichtung ca. 3 x 2 Zentimeter groß, mit deutlicher Größenprogredienz gegenüber der Voruntersuchung, welche in der portalvenösen Phase nicht mehr zur Darstellung kommt.

Im Lebersegment III zeigt sich analog zur Voruntersuchung ein, am ehesten größenkonstantes, kontrastmittellaffines Areal mit ebenfalls fehlender Darstellung in der portalvenösen Phase.

Im Lebersegment VII besteht ebenfalls ein an die portalvenösen Gefäße angrenzendes, kontrastmittellaffines Areal von ca. 1,5 x 1,5 Zentimetern (SE: 8 IM: 56). Vorbestehende, noduläre ca. 2 x 2 mm messende Hypodensität im Lebersegment VII in der nativen Untersuchung. Im weiteren finden sich keine Parenchym-Unregelmäßigkeiten der Leber. Leichtgradig buckelige Konfiguration der Leberoberfläche.

Prall gefüllte Gallenblase mit zarter Gallenblasenwand und kleinen Konkrementen ohne Nachweis einer Cholestase. Reguläre Darstellung des lobulierten Pankreas. Es zeigen sich mehrere, nicht pathologisch vergrößerte Lymphknoten der Mesenterialwurzel. Kein Nachweis freier intraabdomineller Flüssigkeit. Regelrechte Darstellung der Zwerchfellschkel, der Milz, Nieren sowie Nebennieren. Kein Nachweis eines Harnaufstaus. Steilgestellte LWS mit multisegmentalen spondylophytären, teils pontifizierenden Abstützungsreaktionen. Kein Anhalt für eine knöcherne Einengung des Spinalkanals. Höhergradige Einengung des rechtsseitigen Neuroforamens Höhe LWK 2. Kein Anhalt für metastasensuspikte Läsionen der LWS oder des knöchernen Beckens. Vorbestehender muldenförmiger Defekt der Grundplatte des BWK 11 mit angrenzender Hypersklerosierung.

Degenerative Veränderungen des Acetabulumdaches mit spondylophytären Ausziehungen und mehreren Geröllzysten rechts mehr als links.

Thorax:

Regelrechte Kontrastierung der großen intrathorakalen Blutleiter. Kein Anhalt für eine Lungenembolie.

Rechts axillär zeigen sich mehrere Lymphknoten mit max. Querdurchmesser von 7 mm. Kein Nachweis von pathologisch vergrößerter Lymphknoten mediastinal, paraaortal sowie hilär. In den apikalen Lungenabschnitten zeigen sich mehrere, kranial betonte bis 2 cm durchmessende Bullae. Die Bronchien zeigen sich in grenzwertig wandverdickt, passend zu einer chronischen Bronchitis. Kein Anhalt für einen malignomsuspekten

In der Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2015 erfolgte eine nochmalige Besprechung dieses Patienten zur erneuten Klärung der korrekten Beantragung des SE-MELD's. Ein am [REDACTED] 2015 erfolgtes, radiologisches Konsil durch den

seinerzeitigen Leitenden Oberarzt der Radiologie des Universitätsklinikums Essen zur erneuten Bewertung des CT's vom [REDACTED] 2015 ging ebenfalls von einem 3 x 2 cm großen hyperarterialisierten Areal aus:

Report	A [REDACTED]	Radiologisches Konsil	[REDACTED] 2015	CR
Report:				
Patient mit bekanntem HCC in Lebersegment 4 a. Milan Kriterien erfüllt?				
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom [REDACTED] 2015:				
Befund:				
Im CT-Abdomen vom [REDACTED] 2015 zeigt sich in Lebersegment 4 a ein 3x2 cm messendes, hyperarterialisiertes, HCC-suspektes Areal.				
Demzufolge sind die Milan-Kriterien erfüllt.				
Req. Physician-Service: Allg. Chirurgie LTX -Prae OP				
Patient: A [REDACTED] V [REDACTED]				
Date of Exam: [REDACTED]				
Accession Nr.: [REDACTED]				
Report Author:				
Report Approver: Prof. Dr. med. [REDACTED]				
Rep. Creation Date: [REDACTED] 2015 [REDACTED]				

Basierend auf diesem Konsil beschloss die Transplantationskonferenz daraufhin die Rechtmäßigkeit des SE-MELD's und der Patient wurde weiterhin als solcher geführt. Auf Basis der horizontalen Arbeitsteilung mussten hier seitens der Transplantationschirurgen keine Zweifel bezüglich der radiologischen Befunde bestehen; die nachträgliche Begutachtung durch Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen bestätigt das im übrigen.

Im Übrigen erfolgte eine Plausibilitätskontrolle des Befundes insofern, als der Befund während der Transplantationskonferenz demonstriert und diskutiert wurde. Danach bestand kein Anlass zur weiteren radiologischen Diagnostik, für die im Übrigen eine nach §§ 23 ff RöV erforderliche Indikation nicht (mehr) bestand. Eine ausreichende Abklärung hat damit – entgegen der Auffassung der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – stattgefunden.



Die Ergebnisse aus dem Universitätsklinikum Essen werden nunmehr im Übrigen auch durch die fachradiologische Begutachtung von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen bestätigt; danach ergibt sich aus dem CT vom [REDACTED] 2015 im Segment IVa eine Läsion mit einem Durchmesser von 28 bis 32 mm:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus - 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

6. Patient ET-Nr. [REDACTED] (A [REDACTED], V [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist das hyperarterialisierte Areal in Segment 4a in der CT-Untersuchung vom [REDACTED] 2015?

Für Patienten [REDACTED] wurde das hyperarterialisierte Areal in Segment 4a in der CT Untersuchung vom [REDACTED] 2015 von den drei unabhängigen Auswertern mit 32mm, 28mm und 31mm gemessen.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Festzustellen bleibt also: Das HCC lag sehr wohl innerhalb der Mailand-Kriterien. Die Listung war damit richtlinienkonform – und auch hier im Interesse des Patienten

und den Verpflichtungen zum Standard aus dem Behandlungsvertrag entsprechend nicht nur vertretbar, sondern zwingend geboten!

Die Transplantation erfolgte am [REDACTED] 2015 mit einer diesem Patienten über das Extended-Allocation-Verfahren zugeteilten Leber.

(7) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert wurde, stellt die Anmeldung einer Standard Exception am [REDACTED] 2011 ebenfalls einen Richtlinienverstoß dar. Zwar war das HCC durch Biopsie vom [REDACTED] 2010 histologisch gesichert. Am [REDACTED] 2011 war eine TACE durchgeführt worden. Das CT vom [REDACTED] 2011 wies Läsionen mit einem Durchmesser von 12 mm, 10 mm, 22 mm und 29 mm (sowie weitere Läsionen < 1 cm) und damit außerhalb der Mailand-Kriterien aus. Die Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2011 lässt auch hier eine ausreichende Abklärung nicht erkennen.“

Dieser Sachverhalt stellt sich richtiger- und vollständigerweise wie folgt dar:

Der Patient mit der ET-Nr. [REDACTED] litt an einem im Jahre 2010 diagnostizierten HCC. In der der Listung am [REDACTED] 2011 zugrundeliegenden Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2011 erfolgte die Beurteilung des HCC's basierend auf einem CT vom [REDACTED] 2010, das zwei Herde beschreibt: eine Läsion in Segment II mit 2,4 x 2,1 cm und eine weitere Läsion in Segment VIII mit 1,9 cm:



Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Univ.-Professor Dr. G. A. [REDACTED]

Radiologischer Befund

Datum: [REDACTED]

V [REDACTED], A [REDACTED]
* [REDACTED]

HHU
Station ME 2

Nach Überprüfung der rechtfertigenden Indikation durch einen fachkundigen Arzt wurde folgende Untersuchung angefertigt:

CT Thorax-Abdomen mit oralem und i.v.KM-Gabe vom [REDACTED] 10

Klinische Angabe:

Bekannte Leberzirrhose unklarer Ätiologie, mehrere Leberläsionen.

Fragestellung:

HCC? Metastasen?

Technik:

Während i.v. KM-Gabe werden in der arteriellen Perfusionsphase axiale Schichten in Spiraltechnik von der oberen Thoraxapertur bis zum unteren Leberrand angefertigt. Anschließend Darstellung der venösen Phase von der Leberkuppe bis zum Beckenboden. Dokumentation im Weichteilfenster sowie der Lunge zusätzlich im Lungenfenster. Markierung des Intestinaltraktes durch orale Gabe von KM. Zusätzlich Anfertigung einer axialen sowie primärer coronarer und sagittaler Rekonstruktionen.

Befund:

Es liegen keine Voraufnahmen zum Vergleich vor.

Regelrechte Darstellung der mitabgebildeten Schilddrüse. Keine axilläre oder hiläre Lymphadenopathie nachweisbar. Mediastinal zeigen sich zahlenmäßig vermehrte, jedoch nicht eindeutig pathologisch vergrößerte Lymphknoten. Infracarinal zeigt sich ein Lymphknoten mit einer Größenausdehnung von 3,2 cm vergrößert (4 Ima 28). Kein Pleura- oder Perikarderguss abgrenzbar. Orthotope Lage des Herzens. Freie Perfusion der thorakalen Blutleiter. In der Durchsicht im Lungenfenster lassen sich keine eindeutig malignomsuspekten Lungenrundherde nachweisen. Ein unspezifischer, 2 mm messender Rundherd zeigt sich im apicalen Unterlappen rechtsseitig (11 Ima 33). Keine infiltrativen Lungenstrukturveränderungen. Bekannte Leberzirrhose mit höckriger Oberfläche. Im Lebersegment II zeigt sich eine 2,4 x 2,1 cm messende Läsion, die in der früharteriellen Perfusionsphase lediglich im Randbereich Kontrastmittel anreichert und in der venösen und spätvenösen Perfusionsphase hypodens zur Darstellung kommt (4 Ima 49 / 9 Ima 31). Im basalen Anteil des Lebersegmentes VIII zeigt sich eine 1,9 cm messende, hypodense Läsion ohne früharterielle Kontrastmittelanreicherung (9 Ima 25). Es zeigen sich Lymphknotenvergrößerungen präcaval, exemplarisch sei ein Lymphknoten mit einer Größe von 3,8 x 1,0 cm dorsal des Pankreaskopfes genannt (9 Ima 43). Zustand nach Cholecystektomie. Kein Hinweis auf eine intra- oder extrahepatische Cholestase. Regelrechte Lobulierung und scharfe Brandung des Pankreas. Leichtgradige Splenomegalie mit einem kraniokaudalen Ausmaß von 14 cm. Nebenfundlich lässt sich eine Nebenniere darstellen. Regelrechte Renografie und Größe beider Nieren. Die Nebennieren imponieren beidseits schlank. Vasosklerose der abdominalen Blutleiter. Zeichen der portalen Hypertension mit Ausbildung von Ösophagusvarizen (9 Ima 8). Freie Flüssigkeit lässt sich in der aktuellen Untersuchung nicht darstellen. Kein Hinweis auf eine iliakale oder inguinale Lymphadenopathie. In der Durchsicht im Knochenfenster ergeben sich keine Hinweise auf osteolytische oder osteoplastische Läsionen. Degenerative Wirbelkörperveränderungen mit Vakuumphänomen zwischen LWK5 und SWK1.

Beurteilung:

Bekannte Leberzirrhose. Malignomsuspekte Läsionen im Lebersegment II und Lebersegment VIII, die bei weitgehendem Fehlen eines früharteriellen Enhancements nicht typisch für ein HCC sind und möglicherweise Metastasen eines unbekannten Primarius entsprechen. Lymphknotenvergrößerung präcaval.

Ein zwischenzeitlich auswärtig durchgeführtes CT vom [REDACTED] 2011, das in einem Arztbrief vom [REDACTED] 2011 erwähnt wird, zeigt in Segment III einen kleinen Herd



unbenannter Größe, in Segment II von 1,4 cm und in Segment VIII von 2,3 cm. So ergibt es sich aus dem Arztbrief:

Universitätsklinikum Düsseldorf

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie
Liver-Center Düsseldorf
Zentrum für Infektiologie

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie & Infektiologie • Postfach 101007 • 40001 Düsseldorf

Herrn
Dr. med. H. [REDACTED]

Station	Telefon	Ansprechpartner	Unser Zeichen	Datum:
ME02	(0211) 81-17837	C. S. [REDACTED]		1011

☒ [REDACTED]
Herrn Prof. Dr. med. A. Paul, Transplantationsambulanz der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Betr.: V. [REDACTED] A. [REDACTED] * [REDACTED]

Sehr geehrter Herr Kollege K. [REDACTED],

nachfolgend berichten wir Ihnen über o.g. Patienten, der sich vom [REDACTED] 2011 bis [REDACTED] 2011 in unserer stationären Betreuung (Station [REDACTED]) befand.

DIAGNOSEN:

1. Transarterielle Chemotherapie und Radiofrequenzablation bei multifokalem HCC in Segment II/III
2. Leberzirrhose CHILD A
- am ehesten im Rahmen einer NASH
- Ösophagusvarizen I°
- V.a. portal-hypertensive Gastropathie NIEC 2°
3. Refluxösophagitis I°
4. Diffuse hämorrhagische Pankatitis
5. Ulcera ventriculi im Antrum
- Forrest IIc
6. Erosive Duodenitis in Abheilung befindlich
7. Z.n. CHE bei Cholezystolithiasis 2008
8. Z.n. Appendektomie
9. Z.n. verhaltenstherapeutischer Gesprächstherapie bei somatiformen Beschwerden
10. Kutane Leishmaniose
11. Adipositas WHO-Grad 2

Direktor der Klinik:
Univ.-Prof. Dr. D. [REDACTED]
Tel.: (0211) 81-17569/16330
Fax: (0211) 81-18752
www.uniklinik-duesseldorf.de/gastroenterologie

Stationen:
ME02: Tel.: (0211) 81-17837
ME03: Tel.: (0211) 81-17839
MX01: Tel.: (0211) 81-17795

Sprechstunden:
Allgemeine gastroenterologische Ambulanz
Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: Mo.-Do. 10.00-16.00 Uhr
Gastroenterologisch-onkologische Therapieambulanz (IAC)
Tel.: (0211) 81-04166
Sprechstunden: Mo.-Fr. 8.00 - 14.00 Uhr
Tumorsprechstunde
Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: Mi. 10.00 - 14.00 Uhr
TIPSS-Ambulanz
Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: Mi. 8.00 - 12.00 Uhr
Lebertransplantambulanz
Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: nach Vereinbarung
Stoffwechselambulanz
Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: Mo.-Fr. 8.00 - 14.00 Uhr
Hepatitisambulanz
Tel.: (0211) 81-16910
Sprechstunden: Mo.-Fr. 8.00-16.00 Uhr
Infektionsambulanz
Tel.: (0211) 81-16151
Sprechstunden: Mo.-Do. 8.00-14.00 Uhr
Tropenmedizinische Ambulanz
Tel.: (0211) 81-17031
Mo.-Do. 8.00-14.00 Uhr, Fr. 8.00-13.00 Uhr
Privatambulanz
Tel.: (0211) 81-17569/16330
Sprechstunden: nach Vereinbarung

Funktionsbereiche:
Endoskopie und interventionelle Hepatologie:
Tel.: (0211) 81-17833
Sonografie:
Tel.: (0211) 81-17819
Gastrofunktionslabor:
Tel.: (0211) 81-18948
Ernährungsberatung:
Tel.: (0211) 81-16118

Webseite des SFB 575
(Experimentelle Hepatologie):
www.uni-duesseldorf.de/sfb575

Kompetenznetz Hepatitis
Kompetenznetz HIV/AIDS
GdG Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie

**LABORWERTE BEI AUFNAHME**

Unauffällig: Na, Kalium, Calcium, Creatinin im Serum, Glomerul. Filtrationsrate (MDRD), Harnstoff, Harnsäure, Laktatdehydrogenase LDH IFCC, alpha-Amylase IFCC 37C, TSH Thyreoidea-stimul. Horm., Thromboplastin nach Quick, International Normalized Ratio

Pathologisch: Bilirubin gesamt 1.56 mg/dl (< 1.00), C-Reaktives Protein 1.0 mg/dl (< 0.5), GOT (AST) IFCC mit PP 37C 72 U/l (< 35), GPT (ALT) IFCC mit PP 37C 53 U/l (< 45), gamma-GT 37C std. nach IFCC 475 U/l (< 55), Alkalische Phosphatase IFCC 37C 153 U/l (40-129), Lipase 37C 107 U/l (13-60), akt. part. Thromboplastinzeit 39 sec. (26-36)

Blutbild: -Leukozyten 5.1 x1000/µl, -Erythrozyten 5.14 Mio/µl, -Hämoglobin 16.8 g/dl, -Hämatokrit 47.5 %, -MCV 92.4 fl, -MCH 32.7 pg, -MCHC 35.4 g Hb/dl, -Ery.-Volumen-Verteilungsbreite 14.1 %, -Thrombozyten 117 x1000/µl (150-400), -Mittl.Thrombozytenvolum. MTV 9.5 fl

LABORWERTE BEI ENTLASSUNG

Unauffällig: Blutungszeit, -Leukozyten, -Erythrozyten, -Hämoglobin, -Hämatokrit, -MCV, -MCH, -Ery.-Volumen-Verteilungsbreite, -Thrombozyten, -Mittl.Thrombozytenvolum. MTV, Na, Kalium, Laktatdehydrogenase LDH IFCC, Anti-HIV1/2-IgG, T. pallidum EIA, Candida Ak (IHA), Aspergillus Ak (IHA), Toxopl. IgG EIA, Toxopl. IgM EIA, Toxoplasma gondii (IFT), T. pallidum EIA, Glucose, Lactat

Pathologisch: -MCHC 36.4 g Hb/dl (32.0-36.0), Bilirubin gesamt 1.96 mg/dl (< 1.00), C-Reaktives Protein 5.3 mg/dl (< 0.5), GOT (AST) IFCC mit PP 37C 62 U/l (< 35), GPT (ALT) IFCC mit PP 37C 62 U/l (< 45), gamma-GT 37C std. nach IFCC 424 U/l (< 55), Creatinin-Clearance 218 ml/min (80-160)

CT THORAX/ABDOMEN vom [REDACTED] 2011:

Thorax: Regelrechte Darstellung des Lungenparenchyms. Frei perfundierte thorakale Gefäße.

Abdomen: Bekanntermaßen unregelmäßige, höckerige Leberoberfläche. Die bekannte vormals 2 cm durchmessende, in allen Kontrastmittelphasen hypodens zur Darstellung kommende Läsion des Lebersegmentes VIII zeigt aktuell eine geringe Größenzunahme auf 2,3 cm. Angrenzend an den bekannten Herd im Segment III und zeigt sich ein neu aufgetretenes unscharf begrenztes hypodenses Areal. Der in der Voruntersuchung ca. 1 cm durchmessende Herd im Segment II zeigt eine geringe Größenzunahme auf aktuell 1,4 cm. Frei perfundierte Pfortader. Z.n. Cholezystektomie. Regelrechte Darstellung des Pankreas, der Nieren und Nebennieren und der Milz mit einer kleinen Nebenzustand am kaudalen Pol. Unveränderte Darstellung der bekannten Ösophagusvarizen und der bekannt rekanalisierten Umbilikalvene. Thorakal und abdominell kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten.

Beurteilung:

1. Geringgradiger Progress der bekannten tumorösen Leberläsionen.
2. Fortbestehende Zeichen der portalen Hypertension.

Die so beschriebenen Läsionen befinden sich damit innerhalb der Mailand- und der SE-Kriterien – hier bis zu 3 Herde bis 3 cm. Weitere Läsionen lassen sich jedoch nicht sicher nachweisen. Eine ausreichende radiologische Abklärung lag hier – entgegen der Darstellung der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – vor.

Das Vorliegen der drei Herde wird im Nachhinein auch durch das radiologische Gutachten von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen bestätigt. Nach diesem Gutachten ergibt sich aus dem CT vom [REDACTED] 2011 in Segment II eine Läsion mit einem Durchmesser von 11 bis 14 mm, in Segment III – unter Berücksichtigung von Messschwankungen (s.o.) – von ca. 21 bis 49 mm und in Segment V1 (VIII) von ca. 24 bis 27 mm:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

7. Patient ET-Nr. [REDACTED] (V [REDACTED], A [REDACTED])

Fragestellung: Können Sie die o.g. Größenangaben der hepatischen Läsionen bestätigen?

Für Patienten [REDACTED] wurden die drei Läsionen in den Segmenten II, III und V1 (VIII) in der CT Untersuchung vom [REDACTED] 2011 von den drei unabhängigen Auswertern folgendermaßen ausgemessen: Läsion in SII: 11mm, 14mm, 14mm; Läsion in III 21mm, 32mm, 49mm; Läsion in Segment V1 (VIII): 24mm, 26mm, 27mm.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Auch insoweit ist ein Verstoß gegen die Mailand-Kriterien nicht ersichtlich – im Gegenteil!

Die Bewertung durch die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission zeigt hier erneut einen eklatanten Mangel infolge der – vom Universitätsklinikum Essen

bereits während der Visitationen angeregt – unterlassenen Hinzuziehung (externen) fachradiologischen Sachverständes. Die verhängnisvollen Folgen liegen jetzt auf der Hand. Aufgrund der o.g. Befunde steht entgegen der Auffassung der sogenannten Prüfungs- und Überwachungskommission fest, dass die Listung sehr wohl richtlinienkonform und wiederum entsprechend den behandlungsvertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten erfolgte.

Auch hier der Vollständigkeit halber: Der Patient wurde mit einem Primärangebot transplantiert.

(8) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Die Anmeldung einer Standard Exception vom [REDACTED] 2012 des Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert wurde, entspricht ebenfalls nicht den Richtlinien. Der Anmeldung lag ein MRT vom [REDACTED] 2012 zugrunde, das eine Läsion von 15 x 15 mm auswies und damit die Mailand-Kriterien nicht erfüllte. Eine Kontrastmittelsonographie vom [REDACTED] 2012 war als Bildgebung nicht ausreichend, so dass es auch an einer zweiten Bildgebung fehlt. Die Mailand-Kriterien waren zum Zeitpunkt der Anmeldung nicht gegeben.“

Erneut stellt sich der Sachverhalt – vollständig – anders, nämlich wie folgt dar:

Bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] lag ein 2012 neu diagnostiziertes HCC vor. Die initiale Listung des Patienten erfolgte am [REDACTED] 2011 ohne SE-Meldung und ohne HCC.

Die SE-Meldung erfolgte am [REDACTED] 2012 beruhend u.a. auf einem auswärtigen MRT vom [REDACTED] 2012, das eine einzelne Läsion in Segment IV von 1,5 cm beschreibt:



Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Univ.-Professor Dr. G. A. [REDACTED]
Kinderklinik: Dr. J. S. [REDACTED]

Radiologischer Befund

Datum: [REDACTED] 2012 GABI

N. [REDACTED], W. [REDACTED]

HHU
Station ME 3

MRT der Leber nativ und mit KM i.v. vom [REDACTED] 2012

Klinische Angabe:

Leberzirrhose Child B bis C. PBC. Suspekte Leberherd im Segment VII.

Fragestellung:

Verlauf?

Befund:

Zum Vergleich liegt eine Voruntersuchung vom 29.11.2011 vor.

Der vorbeschriebene Leberherd im Segment VII ist nativ bereits hyperintens, zeigt jedoch auch früharteriell eine leichte Anreicherung und ist venös isointens zum Leberparenchym. Die Läsion ist leicht größenprogredient und misst aktuell 1,5 x 1,5 cm (12 Ima 63). Kein Nachweis weiterer Leberläsionen. Bekanntermaßen Schrumpfleber mit der höckriger Organoberfläche und Zeichen der portalen Hypertension wie Aufweitung der Vena portae, ausgeprägtem Aszites und Splenomegalie mit neu aufgetretenen Perfusionsinhomogenitäten dorsal (12 Ima 132). Unverändert leicht vermehrte Lymphknoten mesenterial, Gynäkomastie.

Beurteilung:

Leichte Größenprogredienz des vorbeschriebenen Leberherdes im Segment VII. Aufgrund der leichten Größenzunahme kann ein Malignom vorliegen, die Kontrastmitteldynamik erlaubt keine Differenzierung zwischen dyspl. Regeneratknoten und G1 HCC. Daher wird eine Abklärung mittels Histologie empfohlen.

Prof. Dr. A. [REDACTED]
Direktor des Instituts

PD Dr. B. [REDACTED]
Ltd. Oberarzt

G. [REDACTED]
Assistenzärztin

Die Ausmaße der Läsion ergeben sich aus der Kontrastmittelsonographie vom [REDACTED] 2012:

Universitätsklinikum
Düsseldorf

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie
Direktor: Prof. Dr. med. D. H. [REDACTED]

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie - Postfach 101007 - 40001 Düsseldorf

Sonografie:
Tel.: (0211) 81-17819

Kollegen: [REDACTED]

Patient
Name: N. [REDACTED]
Geb.Datum: [REDACTED]
Fall-Nr.: 0
Unters.-Datum: [REDACTED] 2012
Untersucher: OA Prof. Dr. [REDACTED] FOA
Dr. G. [REDACTED] Dr. M. [REDACTED]
Prof. Dr. H. [REDACTED]

Kontrastmittel-Abdomensonographie

Kontrastmittel:
Leber: Sonovue
Normal groß, verplumpte Kontur, Oberfläche feinknotig nicht palpatorisch mit dem Schallkopf verformbar. Leberparenchymstruktur inhomogen vergrößert mit vermehrter Echogenität. Ohne distale Schallabschwächung. Rarefizierte Gefäßzeichnung. Im Segment VII stellt sich die vorbekannte Raumforderung echoarm und unregelmäßig und scharf begrenzt mit einer Größe von 21 x 17 mm dar (VU.20 x 16 mm). Die Dignität der Läsion kann nativsonographisch nicht beurteilt werden.

US-Kontrastmittel-Untersuchung:
Nach Gabe von SonoVue kommt es in der arteriellen Frühphase zu einer fokalen Hypervaskularisation im Segment VII. In der parenchymatösen Spätphase kommt es zu einer angedeuteten Aussparung mit einem Durchmesser von 24mmx19 mm im Segment VII.

Beurteilung: 1. Dringender V.a. solitäres HCC

OPS: 3-030

[REDACTED]

Prof. Dr. med. D. H. [REDACTED]
Direktor der Klinik



Danach hat der Herd Ausmaße von 2,1 x 1,7 cm. Weshalb die Kontrastmittelsonographie vom [REDACTED] 2012 zur Bestimmung der Ausmaße der Läsion nicht ausreichend sein soll, bleibt im Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – wiederum erst recht im Licht der §§ 23 ff RöV – offen.

Zutreffenderweise soll die regelmäßig Erstdiagnostik nicht nur auf einer Kontrastmittelsonographie beruhen. Die entsprechende Erstdiagnostik wurde jedoch durch diverse CT- und MRT- Untersuchungen seit [REDACTED] 2010 durchgeführt. Die Kontrastmittelsonographie diene daher lediglich der aktuellen Größenbestimmung und nicht der Erstdiagnostik. Folglich waren die entsprechenden Angaben der weiteren Bewertung zu Grunde zu legen.

Durch die entsprechende Diagnostik konnten die Mailand-Kriterien positiv festgestellt werden. Erneut bleibt festzustellen: Die Vorgehensweise im Universitätsklinikum Essen war richtlinienkonform, erneut auch mit den Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag vereinbar.

Auch hier der Vollständigkeit halber: Der Patient wurde mit einem Primärangebot transplantiert.

(9) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Dies gilt auch für den am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED]. Die Anmeldung einer Standard Exception erfolgte am [REDACTED] 2011. Im [REDACTED] 2011 war eine TACE-Behandlung erfolgt. Am [REDACTED] 2011 hatte ein Stanzzyylinder ergeben, dass kein HCC vorlag. Auch eine histologische Untersuchung am [REDACTED] 2011 ergab keinen ausreichenden Nachweis. Aus dem Nachbericht war ersichtlich, dass weitere Befunde nötig seien, weil eine Differenzierung der Läsion hinsichtlich der Tumorart nicht möglich sei. Eine Befundung mit MRT vom [REDACTED] 2011 war unzureichend, die Raumforderung ätiologisch nicht einordbar. Eine DSA vom [REDACTED] 2011 hielt auch ein Adenom für möglich. Es war somit sowohl die Diagnostik, ob überhaupt ein HCC vorlag,

unzureichend, als auch eine mögliche Abklärung, ob sich ein HCC innerhalb der Mailand-Kriterien befände.“

Richtigerweise stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar:

Bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] handelt es sich um ein in 2011 diagnostiziertes HCC. Der initialen HCC-Diagnostik liegt ein MRT vom [REDACTED] 2011 zugrunde, das eine Hauptläsion in Segment IVa/b von 24 mm sowie weitere Läsionen < 1 cm beschreibt:

Report Z [REDACTED], S [REDACTED] **MRT DER LEBER** [REDACTED] 2011 **MR**

Report:
Pat. mit unklarer Raumforderung in der Leber, hochgradiger V.a. ein HCC
Morphologie der Leber ? Zirrhose ? Raumforderung HCC-verdächtig ?

MRT im Bereich der Leber vom [REDACTED] 2011:

Es liegt keine MRT-Voruntersuchung dieser Region zum Vergleich vor.
Nachweis einer bis 24 mm großen rundlichen Leberläsion im Segment Übergang IVa/b (ima: 14/43), einer weiteren Läsion im Segment V (ima: 14/32) bis 8 mm, einer Läsion im Segment II bis 4 mm (ima: 14/52) und einer Läsion im Segment VIII bis 5 mm (ima: 14/54). Alle vier Läsionen stellen sich in der T2-gewichteten Sequenz und in der nativen VIBE Sequenzen hyperintens dar und zeigen nahezu keine KM-Dynamik, die Läsionen sind in den späten KM-Phasen weniger gut abgrenzbar und stellen sich vereinzelt sogar hypointens dar (ima: 24/22).
In der spätevenösen KM-Phase (Serie 22) zeigt die Leber eine angedeutet retikuläre Binnenstruktur. Sonst regelrechte Konfiguration der Leber. Regelrechte Darstellung der intra- und extrahepatischen Gallengänge. Regelrechte Darstellung der Gallenblase. Nebenzirrhose (ima: 24/26 und 25/22). Im Seitenvergleich gering verplumpte linke Nebenniere.

Beurteilung:

1. Zeichen einer beginnenden Leberzirrhose.
2. Die oben beschriebenen Leberläsionen lassen sich ätiologisch nicht eindeutig einordnen. Es sollte eine biopsische Abklärung angestrebt werden.

Req. Physician-Service: Station [REDACTED] Allgemeinchirurgie
Patient: Z [REDACTED]
Date of Exam: [REDACTED]
Accession Nr.: [REDACTED]
Report Author: Dr. M [REDACTED]
Report Approver: PD Dr. med. T [REDACTED]
Rep. Creation Date: [REDACTED] 2011

Aufgrund der untypischen Kontrastmittel-Dynamik erfolgte die Sicherung durch Biopsie. Die erste Biopsie erfolgte am [REDACTED] 2011, eine zweite am [REDACTED] 2011. Im histologischen Befund wird eine hochdifferenzierte, hepatozelluläre Läsion beschrieben, wobei aufgrund des vorliegenden Materials eine eindeutige Differenzierung zwischen einem hochdifferenzierten HCC oder einem Adenom *noch* nicht möglich war:

Histologische Befundung der Biopsie vom [REDACTED] 2011:

**Institut für Pathologie und
Neuropathologie**

Universitätsklinikum Essen

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. med. K.W. Schmid

45122 Essen, den [redacted] 2011

Hufelandstr. 55

Telefon: 0201/723 2890-91

Fax: 0201/723 5926

E-mail: kw.schmid@uk-essen.de



JWO/EDD

Herrn

Prof. Dr. med. Andreas Paul

Komm. Direktor der Klinik für

Allg.- und Transplantationsch.

- im Hause -

Station: [redacted]

Kopie an:

Med. Endoskopie

-im Hause-

E-Nr.:

[redacted]

Name:

Z. [redacted] S. [redacted]

geb.:

[redacted]

Eingang am:

[redacted] 2011

Ausgang am:

[redacted] 2011

Vorbest. in der:

[redacted]

Befundbericht:**Klinische Angaben:**

Verdacht auf Leberzirrhose, nächstliegend nutritiv-toxischer Genese. Verdacht auf hepatozelluläres Karzinom.

Makroskopie:

Leberstanzbiopsie:

Zwei bis 1,3 cm messende Stanzzyylinder.

Mikroskopie:

Schnittstufen des komplett aufgearbeiteten Materials zeigen Leberparenchym mit regelrechtem, trabekulärem und maximal zweischichtigem Aufbau. Die Sinusoide gering dilatiert und blutgefüllt. Ausgedehnte hepatozelluläre und kanalikuläre Cholestase. Vereinzelt Kernglykogenosen. Mitgefasst 18 teilweise deutlich bindegewebig verbreiterte Portalreider mit gering- bis mittelgradig dichten lymphoplasmazellulären Infiltraten, unauffälligen Blutgefäßen und gallekernig mit Auskleidung durch Epithel mit geringer Kerngrößenvarianz. Mehrfach zeigen die Hepatozyten und Sternzellen zytoplasmatische Eisenablagerung. Die Gallengangsepithelien jedoch eisenfrei. In der Orcein-Färbung keine HBS-verdächtigen Strukturen, keine signifikante zytoplasmatische Retention Kupfer-assoziierten Proteins. Keine Diastase-PAS-resistenten globulären Einschlüsse im Zytoplasma der Hepatozyten.

**Epikritische Stellungnahme:**

Leberstanzbiopsate mit ausgeprägter hepatozellulärer und kanalikulärer Cholestase sowie portaler und periportaler Fibrose mit einzelnen porto-portalen Septen (Stadium I-II) sowie unspezifischen portalen entzündlichen Infiltraten (Grad 0-I). Geringgradige hepatozelluläre Sternzellsiderose. Mehrfach Kernglykogenosen.



Histologische Befundung der Biopsie vom [REDACTED] 2011:

Patient: [REDACTED]
geb. am: [REDACTED]
Eingangsnummer: [REDACTED]
Eingangsdatum: [REDACTED]

Vorbefunde:

Befundbericht:

Klinische Angaben:
Verdacht auf HCC bei C2-Zirrhose.

Makroskopie:
Leberstanzzyylinder:
Zwei Stanzzyylinder von 1,7 bzw. 1,9 cm Länge.

Mikroskopie:
Histologisch sieht man in der Faserfärbung deutlich vermehrtes Bindegewebe mit kompletter Störung der normalen Leberläppchenarchitektur im Sinne einer kompletten Leberzirrhose. Immer wieder dann auch Areale mit großflächigen Leberparenchymabschnitten. Hier mit leicht vermehrter Verfettung. In der Versilberung dann keine signifikante Reduktion des Fasergerüsts. Keine Trabekel, die mehr als drei Zelllagen stark sind. In diesem Bereich die Zellkerne der Hepatozyten ohne Kerngrößenvarianz. Jedoch finden sich innerhalb des Parenchyms keine eindeutig abgrenzbaren Portalfelder mit Gallenwegen.

Epikritische Stellungnahme:
Leberstanzzyylinder mit einer kompletten Leberzirrhose. Zusätzlich miterfasst eine hochdifferenzierte hepatozelluläre Läsion ohne Kernatypien oder Störung des retikulären Fasergerüsts. Zur weiteren Einordnung dieser hochdifferenzierten hepatozellulären Läsion werden weitere immunhistochemische Färbungen eingeleitet.

Patient: [REDACTED]
geb. am: [REDACTED]
Eingangsnummer: [REDACTED]
Eingangsdatum: [REDACTED] 2011

Ba/Mi
Nachbericht:

Wie im Vorbefund angekündigt haben wir weitere immunhistochemische Färbungen durchgeführt. Im Bereich der hepatozellulären Läsion finden sich keine CK7-positiven Gallenwege, in dieser Läsion eine starke Reaktivität gegen CD34 im Sinne einer Kapillarisation der Sinusoide. Die Proliferationsfraktion zeigt keine Vermehrung im Vergleich zum nicht neoplastischen Lebergewebe.

Zusammenfassend liegt hier eine hochdifferenzierte hepatozelluläre Läsion vor. Zwischen einem hochdifferenzierten hepatozellulären Carcinoms und einem Leberzelladenom lässt sich morphologisch nicht eindeutig differenzieren. Hier sind weitere klinische und serologische Befunde zur Einordnung der Läsion notwendig. AFP erhöht?

Univ.-Prof. Dr. K. [REDACTED]
Univ.-Prof. Dr. H. [REDACTED]

(Rückfragen unter [REDACTED])

Zur weiteren klärenden Diagnostik wurde am [REDACTED] 2011 ein CT durchgeführt, das die Läsionen im Segment IV hyperarterialisiert und größenkonstant mit 24 mm beschreibt. Es handelt sich um eine Läsion mit typischem Kontrastmittelverhalten, d.h. hyperarterialisiert und mit Wash-out und ist damit als typisches HCC zu werten:

Report	Z. [REDACTED]	CT ABDOMEN	[REDACTED] 2011	CT
Report: HCC bei C2-Zirrhose, Staging: Raumforderung?				
CT: Abdomen nativ + i.v. KM vom [REDACTED] 2011:				
Eine MRT-Untersuchung der Leber vom [REDACTED] 2011 liegt zum Vergleich vor.				
Im Vergleich zu der vorliegenden MRT größenkonstante, runde, hyperarterialisierte, randlich verkalkte Leberläsion in Segment 4 (Ima 6/20: 24mm). Die beschriebene Läsion in Segment 5 lässt sich aktuell CT-morphologisch nicht abgrenzen. Nebenmilz. Im Seitenvergleich unverändert gering verplumpte linke Nebenniere. Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten. Muskelverkalkung, DD altes knöchernes Fragment in der Glutealmuskulatur rechts (Ima 5/98). Keine malignomsuspekten ossären Läsionen. Zur Beurteilung der miterfassten Thoraxabschnitte siehe CTT desselben Tages.				
Beurteilung:				
1. Im Vergleich zu der vorliegenden MRT größenkonstante, hyperarterialisierte, randlich verkalkte Leberläsion in Segment 4, etiologisch nicht eindeutig einordnen. Es sollte eine biopsische Abklärung angestrebt werden.				
2. Keine neu abgrenzbaren Läsionen. Keine Lymphadenopathie.				
Req. Physician-Service: Station M9				
Patient: Z. [REDACTED] 1976				
Date of Exam: [REDACTED]				
Accession Nr.: [REDACTED]				
Report Author: D. [REDACTED]				
Report Approver: S. [REDACTED]				
Rep. Creation Date: [REDACTED] 2011 [REDACTED]				

In der Zusammenschau aller Befunde ist davon auszugehen, dass zum Listungszeitpunkt sehr wohl eine einzelne HCC-typische Läsion mit Hyperarterialisierung und HCC-kompatibler Biopsie vorlag. Eine weitergehende histologische Befundung war in Anbetracht dieser Befunde – entgegen der Auffassung der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – entbehrlich geworden. Regelmäßig erfolgt die histologische Abklärung zu Beginn der Diagnostik, um eine Differenzierung zu ermöglichen. Bei weiterem Bedarf erfolgt dann die radiologische Diagnostik. In diesem Fall erfolgte aus anderen Behandlungszusammenhängen eine frühe radiologische Begleitung. Aufgrund dieser fachradiologischen Expertise konnte auf die histologische Abklärung – in einem mittlerweile fortgeschrittenen Krankheitsstadium – verzichtet werden.

Dass die Läsion innerhalb der Mailand-Kriterien lag, bestätigt auch das radiologische Gutachten von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen. Nach dieser der fachradiologischen Begutachtung misst der Herd in Segment IV gemäß dem MRT



vom [REDACTED] 2011. 25 bis 27 mm sowie gemäß dem CT vom [REDACTED] 2011. 23 bis 27 mm:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado
Telefon: 0351 458-2259
Telefax: 0351 458-4321
michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

9. Patient ET-Nr. [REDACTED] (Z[REDACTED], [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist die Läsion in Segment 4 in der MRT vom [REDACTED] 2011 und im CT vom [REDACTED] 2011?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 4 in der MRT vom [REDACTED] 2011 von den drei unabhängigen Auswertern mit 27mm, 25mm, 27mm und in der CT vom [REDACTED] 2011 mit 25mm, 23mm, 27mm ausgemessen.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Damit steht fest: Ein HCC lag (doch) vor. Die Läsion lag ihrer Größe nach innerhalb der Mailand-Kriterien und innerhalb der SE-MELD-Kriterien – hier ein Herd zwischen 2 und 5 cm. Ausgehend von diesem Sachverhalt ist die Meldung zum SE-MELD richtlinienkonform. Ein Richtlinienverstoß ist eindeutig zu verneinen.

Wiederum der Vollständigkeit halber: Die Transplantation erfolgte mit einem Primärangebot.

(10) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch die Anmeldung einer Standard Exception am [REDACTED] 2012 für den am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] entspricht nicht den Richtlinien. Am [REDACTED] 2012 war eine TACE-Behandlung durchgeführt worden. Ein CT vom [REDACTED] 2012 stellt keine ausreichende Sicherung dar. Hiernach war auch ein Adenom möglich. Im Übrigen fehlt die im vorliegenden Fall nach den Richtlinien erforderliche zweite Bildgebung.“

Richtigerweise stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar:

Der HCC-Diagnostik bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] liegt ein auswärtiges CT vom [REDACTED] 2012 zugrunde, das in der früharteriellen Phase einen hyperperfundierten Tumorknoten in Segment VII mit einem für die SE-Kriterien als grenzwertig einzuordnenden Herd von 1,7 cm beschreibt:



AG 6 09 03

Klinikum Lünen
St.-Marien-Hospital

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Westf. Wilhelms-Universität Münster

St.-Marien-Hospital GmbH, Altstadtstr. 23, 44534 Lünen

Fachabteilung
Station

Klinik für Diagnostische
und Interventionelle Radiologie
und Neuroradiologie

Chefarzt:
Priv.-Doz. Dr. med. M. K.

Telefon 02306 - 77 2851
Telefax 02306 - 77 2875

rad@klinikum-luenen.de

W. geb.

2012

CT Oberbauch biphasisch vom 2012

Rechtfertigende Indikation:

Leberzirrhose aethyltoxischer Genese. Hinweise für HCC? Untersuchung, da gegebenenfalls Vorstellung zur Lebertransplantation

Methode:

Axiales Spiral-CT von Leberkuppe bis Beckenkamm nach i.v. Gabe von 100 ml Imeron 350, Bolustracking auf die Aorta descendens und einem arteriellen Delay. Anschließendes axiales Spiral-CT von Leberkuppe bis Beckenkamm nach einem portalvenösem Delay. Transversale und coronale MPR Rekonstruktionen und Aussteuerung im Lungen-, Weichteil- und Knochenfenster.

Befund:

Voraufnahmen zum Vergleich liegen nicht vor.
Regelrechte Belüftung der erfassten basalen Lungenabschnitte ohne Nachweis von Infiltrationen, intrapulmonalen Raumforderungen oder Pleuraergüssen.
Orthotop gelegene Leber mit deutlich höckrige Oberfläche sowie leicht inhomogenem Perfusionsmuster insbesondere im Bereich des rechten Leberlappens. Hier zeigt sich in der früharteriellen Phase ein hyperperfundierter Tumorknoten in Lebersegment VII subkapsulär. Weitere hyperperfundierter Tumorknoten sind in der Leber nicht nachzuweisen. Geringe Mengen perihepatischen Aszites. Betonte Gallenblase mit ebenfalls Nachweis umschriebener Flüssigkeitsmengen im Gallenblasenbett jedoch ohne signifikante Gallenblasenwandverdickung. Kein Hinweis auf eine intra- oder extrahepatische Cholestase. Die Pfortader stellt sich frei durchgängig kontrastiert dar. Die arterielle Versorgung der Leber zeigt eine Variante mit Abgang der Arteria hepatica dextra aus der Arteria mesenterica superior als 1. Gefäß. Aus dem Truncus coeliacus entspringt die Arteria hepatica communis, die lediglich die Arteria hepatica sinistra versorgt sowie als schmalkalibriges Gefäß die A. gastroduodenalis.
Orthotop gelegene Nieren in regelrechter Parenchymkontrastierung ohne Nachweis fokaler Läsionen. Die Nebennieren stellen sich beidseits unauffällig dar. Das Pankreas ist als ~~schmales~~ leicht lobuliertes Organ regelhaft abzugrenzen. Leicht streifige Verdichtung der Mesenterialwurzel jedoch kein Hinweis auf eine Pankreatitis.
Orthotop gelegene, regelrecht kontrastierte Milz ohne Nachweis fokaler Läsionen. Leicht betonte Milz am ehesten bei portaler Hypertension im Rahmen der Leberzirrhose. Pathologisch auffällige Lymphknoten lassen sich mesenterial nicht nachweisen. Paraaortal



Seite 2 von 2 zum Radiologie CT-Befund vom [REDACTED] 2012
W [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

und interaortokaval Nachweis mehrerer betonter Lymphknoten, welche jedoch eine Größe von 1 cm nicht überschreiten.

Die erfassten Anteile des oberen Gastrointestinaltraktes stellen sich unauffällig dar. Deutlich stuhlgefüllter Kolonrahmen. Im Bereich des Kolon ascendens findet sich eine leichte Schleimhautverdickung wie bei einer umschriebenen Colitis. Geringe Mengen Aszites retrokolisch vor allem auf der rechten Seite.

Allgemein degenerative Veränderungen im Verlauf der unteren BWS sowie der LWS mit spondylophytären Abstützungsreaktionen sowie geringer Facettengelenksarthrose. Osteolytische oder osteoblastische Läsionen sind nicht darzustellen. Die erfassten Anteile der Rippen stellen sich ebenfalls unauffällig dar. Der Weichteilmantel zeigt keine Auffälligkeiten.

Beurteilung:

Deutliche Zeichen einer Leberzirrhose sowie einer portalen Hypertension mit geringer Vergrößerung der Milz.

Hochgradiger V.a. HCC im rechten Leberlappen, dem Segment VII zuzuordnen mit einem Durchmesser von etwa 1,7 cm.

Variante der arteriellen Leberversorgung mit Abgang der Arteria hepatica dextra aus der A. mesenterica superior als 1. Gefäß.

Geringe Mengen Aszites intraabdominal sowie im Bereich des Gallenblasenbettes.

Verdacht auf segmentale Colitis im Bereich des Kolon ascendens.

Dr. med. D. [REDACTED]

Ltd .Oberarzt

In dem externen Arztbrief vom [REDACTED] 2012 ist jedoch in einer zusammenfassenden Darstellung auf der ersten Seite als Ergebnis der Bildgebung der Herd mit einer Größe von 2 x 3 cm angegeben:

St.-Marien-Hospital GmbH • Postfach 1760 • 44507 Lünen

Dr. med. H. [REDACTED]
44 [REDACTED]

 Klinikum Lünen
St.-Marien-Hospital

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Medizinische Klinik II
Klinikdirektor Dr. med. B. I. [REDACTED]

Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie,
Stoffwechsel-, Infektionskrankheiten und
Ernährungsmedizin

Chefarzt: Dr. med. B. I. [REDACTED]
Telefon (0 23 06) 77-24 01
Telefax (0 23 06) 77-24 02
m2@klinikum-luene.de

Angiologie und Diabetologie
Chefärztin: Dr. med. S. I. [REDACTED]
Telefon: (02306) 77-24 31
Telefax: (02306) 77-24 33
ad@klinikum-luene.de

[REDACTED] 2012 [REDACTED]

Vorläufiger Entlassungsbericht

Herr W. [REDACTED] * [REDACTED]
[REDACTED]

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über den o. g. Patienten, der sich in der Zeit vom [REDACTED] 2012 bis zum [REDACTED] 2012 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen

- Leberzirrhose aethyltoxischer Genese ED [REDACTED] 2008
- Chronische Hepatitis C
- Tumöröse Raumforderung im Segment VII der Leber in einer Größe von 2 x 3 cm in der Bildgebung einem hepatozellulärem Carcinom entsprechend.
- Superselektive Devaskularisation des Lebertumors durch blande Partikelembolisation mit Embozone 40 und Lipiodol am [REDACTED] 2012
- Ösophagusvaricosis I - II° mit Red - Colour Signs
- Erneute Gummibandligaturbehandlung der Oesophagusvaricen am [REDACTED] 2012
- LWS Syndrom
- Hämorrhoiden II°

Dies ist für die Beurteilung des HCC's im Universitätsklinikum Essen übernommen worden und führte zur Beantragung der auf dieser Basis berechtigten Standard Exception.

Überdies lässt sich nach der fachradiologischen Begutachtung von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen aus dem CT vom [REDACTED] 2012 entnehmen, dass in Segment VII ein Herd mit einem Durchmesser von 22 mm nachgewiesen wurde:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

10. Patient ET-Nr. [REDACTED] (W [REDACTED] [REDACTED])

Fragestellung: Wie groß ist die hepatische Läsion in Segment 7 im CT vom [REDACTED] 2012?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 7 im CT vom [REDACTED] 2012 von den drei unabhängigen Auswertern mit 22mm, 22mm und 22mm ausgemessen.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Damit waren die Mailand-Kriterien erfüllt, da es sich um einen einzelnen Herd handelte, der einen Durchmesser zwischen 2 und 5 cm aufwies.

Auch ist nicht zutreffend, dass es an einer zweiten Bildgebung mangelt. Eine weitere – externe – CT-Untersuchung erfolgte am [REDACTED] 2012. Diese lässt ebenfalls einen vertretbaren Rückschluss auf ein HCC im rechten Lederlappen zu:



Akademisches Lehrkrankenhaus der
Westf. Wilhelms-Universität Münster

Klinik für Diagnostische
und Interventionelle Radiologie
und Neuroradiologie

Chefarzt:

Priv.-Doz. Dr. med. M. K.

Telefon 02306 - 77 2851

Telefax 02306 - 77 2875

rad@klinikum-luenen.de

2012

St.-Marien-Hospital GmbH, Altstadtstr. 23, 44534 Lünen

Fachabteilung M2
Station A6

W. M. geb. 2012

CT Oberbauch biphasisch vom 2012

Rechtfertigende Indikation:

Kontrolle nach Tumorembolisation (am 2012)

Methode:

Axiales, natives Spiral-CT von Leberkuppe bis Beckenkamm.
Anschließendes axiales Spiral-CT von Leberkuppe bis Beckenkamm nach i.v. Gabe von 100 ml Imeron 350, Bolustracking auf die Aorta descendens und einem arteriellen Delay.
Anschließendes axiales Spiral-CT von Leberkuppe bis Beckenkamm nach einem portalvenösem Delay. Transversale und coronale MPR Rekonstruktionen und Aussteuerung im Lungen-, Weichteil- und Knochenfenster.

Befund:

Zum Vergleich liegt eine Voruntersuchung vom 2012 vor. Im Vergleich zur Voruntersuchung zeigt sich jetzt röntgendichtes Embolisat in Lebersegment VII sowie im Bereich der vorherbeschriebenen hyperperfundierten Läsion. In der arteriellen Phase zeigt diese Läsion allenfalls noch eine geringe Kontrastmittelaufnahme ist jedoch insbesondere in der portalvenösen Phase deutlich hypodenser als in der Voruntersuchung. Darüber hinaus ergibt sich bezüglich der Leber kein neuer Aspekt im Vergleich zur Voruntersuchung. Auch bezüglich der übrigen erfassten Abschnitte des Oberbauches zeigt sich ein unveränderter Befund. Lediglich im Bereich des Kolon ascendens stellt sich die Schleimhaut deutlich ruhiger dar, auch der intraabdominale Aszites wirkt im Verlauf rückläufig.

Beurteilung:

Bei Z.n. Tumorembolisation eines HCC verdächtigen Knoten im rechten Leberlappen (Segment VII) Nachweis des Embolisats sowie aufgehobene Perfusion des Tumorknoten. Abklingende Colitis im Bereich des Kolon ascendens.
Rückläufiger Aszites.
Wiedervorstellung in 4 Wochen zur RFA-Ablation des HCC-Knoten.

Dr. med. D.

Ltd. Oberarzt



Seite 2 von 2 zum Radiologie CT-Befund vom [REDACTED] 2012

W. [REDACTED] M. [REDACTED] * [REDACTED]

Oberbauch:

Weiterhin Nachweis eines röntgendichten Embolisats in Lebersegment VII sowie im Bereich der vorbeschriebenen hyperperfundierten Läsion. Im Vergleich zur Voruntersuchung erscheint die Läsion etwas kleiner. Der Aszites ist leicht progredient im Vergleich zur Voruntersuchung. Die übrigen erfassten Oberbauchorgane zeigen keine neuen Aspekte.

Knochen:

Altersentsprechende Darstellung der knöchernen Strukturen ohne Nachweis osteolytischer oder osteoblastischer Läsionen. Kein Hinweis auf eine Fraktur.

Weichteilmantel:

Ohne pathologischen Befund.

Beurteilung:

In der heutigen CT-Untersuchung kein Hinweis auf pulmonale oder ossäre Metastasen im dargestellten Untersuchungsabschnitt. Leichte degenerative Veränderungen der BWS. Weiterhin Z.n. Tumorembolisation eines HCC verdächtigen Knoten im rechten Leberlappen. Leicht progredienter Aszites im Vergleich zur Voruntersuchung.

G. [REDACTED]
Assistenzarzt

Dr. med. D. [REDACTED]
Ltd .Oberarzt

Auch an dieser Befundung orientierte sich das Universitätsklinikum Essen. Begründete Zweifel an den Befundergebnissen waren nicht angezeigt.

Folglich war auch diese Vorgehensweise mit den geltenden Richtlinien vereinbar.

Der Patient wurde mit einem Primärangebot transplantiert.

(11) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Der am [REDACTED] transplantierte Patient ET-Nr. [REDACTED] erhielt am [REDACTED] 2012 eine TACE-Behandlung. Die Anmeldung einer Standard Exception erfolgte am [REDACTED] 2012. Ein nachgereichter MRT-Befund vom [REDACTED] 2011 stellte hinsichtlich zweier Läsionen (14 mm + 12 mm) einen weitestgehenden Kontrastausgleich in der portalvenösen und spätvenösen Untersuchungsphase fest und äußerte daher lediglich den Verdacht auf ein multifokales HCC. Eine weitere Abklärung ist nicht erfolgt. Im Übrigen fehlt auch hier eine zweite Bildgebung. Ein späteres CT vom [REDACTED] 2012, d.h. nach Anmeldung der Standard Exception, stellt auch lediglich fest „Die in der MRT zur Darstellung kommenden Läsionen weisen in der arteriellen Phase kein hyperdenses Korrelat auf. Überwiegend portalvenös abgrenzbare größenprogrediente hypodense Leberläsionen“.“

Richtig unvollständig ist demgegenüber Folgendes:

Der Erstdiagnostik des HCC's bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] zugrunde liegend ist ein auswärtiges MRT vom [REDACTED] 2011. Hier sind mehrere Läsionen beschrieben, wovon jedoch nur zwei, d.h. eine im Segment II mit 14 mm und eine weitere im Segment VI mit 12 mm, mit früharterieller Kontrastmittel-Anreicherung als HCC zu werten sind. Andere beschriebene Läsionen in den Segmenten VIII, VI und II < 1 cm waren hingegen nicht HCC-typisch:



@Te Fax-No.: 0211 7331143 @Send to: Müller-Markens (@Company & ID: und Allgemeinmedizin #739784)

Röntgeninstitut

Grafenberger Allee 63

40237 Düsseldorf

Kaiserswerther Straße 89

40476 Düsseldorf

Röntgeninstitut, Kaiserswerther Straße 89, 40476 Düsseldorf

Frau

Dr. med. [REDACTED] M. [REDACTED]

		Telefon	Fax
Kaiserswerther Straße	0211/ 4968	-500	-509
Grafenberger Allee	0211/ 4968	-600	-609
www.roentgeninstitut.de / info@roentgeninstitut.de			

Magnetische Resonanztomographie (MRT)	-500	-509
Konventionelles Röntgen, Sonographie	-600	-609
Computertomographie (CT)	-500	-519
Angiographie (DSA, Interventionen)	-570	-509
Nuklearmedizin, Schilddrüse (SPECT)	-530	-539
Positronenemissionstomografie (PET/CT)	-537	-539
Digitale Mammographie, Mammascnographie	-560	-569

Düsseldorf, den [REDACTED] 2011

Betrifft Pat.: S [REDACTED] [REDACTED] geb. am [REDACTED]
Kasse: [REDACTED] Krankenkasse [REDACTED]

Sehr geehrte Frau Kollegin,

vielen Dank für die Überweisung d. o.g. Pat.

Klinische Angaben:

B18.2; K74.6G (Chron. Hep. C; Leberzirrhose). Ein abdomensonografischer Untersuchungsbericht aus dem UKD vom [REDACTED] 2011 erwähnt u. a. zwei leichte frühe Hypervaskularisation im linken LL.

MRT der Leber vom [REDACTED] 2011:

Koronare und transversale T2w-HASTEfs. Transversale T2w-HASTE, Doppelsecho- GRE-Sequenz und Kontrastmitteldynamik in der arteriellen und portalvenösen Phase. Koronare und transversale T1-FLASH 2D fs in der Parenchymphase. MRCP: HASTE-bh und HASTE in Navigatortechnik. Besonderheiten: Bewegungsartefakte.

Befund:

Miterfasste basale Lungenabschnitte unauffällig. Keine Pleuraergüsse. Höckrige Leberoberfläche mit inhomogener Binnenstruktur und geringgradigem Signalabfall in der Opposed-Phase-Sequenz. Geringgradige Rarefizierung der intrahepatischen Gallengangsstrukturen (vorwiegend im li. LL). Extrahepatische Gallenwege, Pankreasgang und Gallenblase unauffällig. Nach Kontrastmittelapplikation kommt es zu multiplen intrahep. Lokalisationen zu fokalen, früh-arteriellen Anreicherungen:
In Lebersegment II, in unmittelbarer Nachbarschaft der linken Lebervene und damit vermutlich dem erwähnten sonografischen Befund im linken Leberlappen entsprechend findet sich die größte Läsion mit einem maximalem Durchmesser von 14 mm. Weitere, jeweils nur bis 6 mm messende Läsionen finden sich in Lebersegment VII, subkapsulär in Lebersegment II und subkapsulär in Lebersegment VI (hier 2 Läsionen: 12 bzw 7mm). Keine dieser Läsionen ist sicher in den wassersensitiven Sequenzen abzugrenzen, wei-

Röntgeninstitut Grafenberger Allee 63 40237 Düsseldorf
Kaiserswerther Straße 89 40476 Düsseldorf

Betrifft: S. [REDACTED], geb. am [REDACTED]

testgehende Kontrastausgleich in der portalvenösen und spätvenösen Untersuchungsphase. Pfortader und ihre Konstituenten regelrecht kontrastiert. Verdacht auf fokale Minderverfettung in Lebersegment II. Kein Nachweis suspekter retroperitonealer Lymphknoten. Ein isolierter Lymphknoten findet sich zwischen Cauda pancreatis und linker Nierenvene (maximal 10 mm Durchmesser). Kein Aszites. Altersentsprechende Darstellung des Achsenskeletts und der Strukturen der Rumpfwand.

Beurteilung:

Bek. Leberzirrhose. V.a. multifokales HCC (Lokalisationen wie oben beschrieben), kein Anhalt für Lymphknotenmetastasen. AFP?

Bildverbleib: Originaldokumentation digital archiviert.

Mit freundlichen Grüßen

Priv.-Doz. Dr. A. [REDACTED]
Facharzt für Diagnostische Radiologie

D. S. [REDACTED]
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Priv.-Doz. Dr. J. [REDACTED]
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Dr. D. S. [REDACTED]
Facharzt für Diagnostische Radiologie

E. [REDACTED]
Facharzt für Diagnostische Radiologie
und Neuroradiologie

Dr. med. M. [REDACTED]
Facharzt für Diagnostische Radiologie und
Nuklearmedizin

Auf dieser Grundlage erfolgte die weitere Behandlung. In Anbetracht der beschriebenen zwei Läsionen sind sowohl die Mailand- als auch die SE-Kriterien erfüllt – bis zu drei Läsionen bis 3 cm. Auch an dieser Stelle vermag die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission die radiologischen Befunde nicht fachgerecht auszuwerten.

Nach dem radiologischen Fachgutachten von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen waren aus dem MRT vom [REDACTED] 2011 Läsionen in Segment II von ca. 13 bis 15 mm und in Segment VI von ca. 8 bis 16 mm zu erkennen. Drei weitere Herde in den Segmenten 2 und 8 waren nicht abgrenzbar:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

11. Patient ET-Nr. [REDACTED] (S [REDACTED], [REDACTED])

Fragestellung: Sind die beschriebenen Läsionen in Segment 2 und 6 HCC typisch und können Sie die Größenangaben in der MRT vom [REDACTED] 2011 und CT vom [REDACTED] 2012 bestätigen?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 2 in der MRT vom [REDACTED] 2011 von den drei unabhängigen Auswertern mit 13mm, 15mm (HCC-typisch) und 15mm ausgemessen; in der CT vom [REDACTED] 2012 mit 24mm, 14mm, 28mm.

Für Patienten S [REDACTED] M [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 6 in der MRT vom [REDACTED] 2011 von den drei unabhängigen Auswertern mit 8mm, 16mm (Nodule in nodule) und 9mm (mind. 3. weitere Herde) und in der CT vom [REDACTED] 2012 mit 24mm, 32mm und 31mm.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Sprecher)
Wilfried E. B. Winzer

Vorsitzender des
Aufsichtsrates:
Prof. Dr. med. Peter C. Scriba

Bankverbindungen:
Commerzbank
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00

Nach Bridging-Therapie im [REDACTED] bzw. im [REDACTED] 2012 ist dann ein Kontroll-CT vom [REDACTED] 2012 – zweite Bildgebung vor Anmeldung – die Grundlage für die Beurteilung



der Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2012 im Sinne einer Listung „HCC mit Standard Exception“ gewesen:



Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Univ.-Professor Dr. G. [REDACTED]

Radiologischer Befund

Datum: [REDACTED] 2012 KUHH

S [REDACTED]
* [REDACTED]

Station [REDACTED]

Nach Überprüfung der rechtfertigenden Indikation durch einen fachkundigen Arzt wurde folgende Untersuchung angefertigt:

CT Thorax-Abdomen mit oralem und i.v.KM-Gabe vom [REDACTED] 2012

Klinische Angabe:

Chronische HCV-Infektion, Leberzirrhose, HCC zur Lebertransplantation, Zustand nach RFA von drei HCC Herden

Fragestellung:

Vor LTX, Tumor, Raumforderung, Entzündungen?

Befund:

Voraufnahme vom [REDACTED] und [REDACTED]

Befundkonstante Darstellung der kleinen Emphysembulla im rechts anterobasalen Unterlappen (11 Ima 58). Frei perfundierte thorakale Blutleiter. Unauffällige Darstellung des Schilddrüsenparenchyms. Vasosklerose des A. subclavia - Abganges links (4 Ima 20).

Bei Zustand nach RFA im Lebersegment V zeigt sich eine Verdichtung des parahepatischen Fettgewebes sowie eine Nekrosezone im Lebersegment VI, die 2,7 cm durchmisst (7 Ima 31). Nach interventioneller TACE nekrotische Leberläsion im Lebersegment VIII, die 2,9 cm durchmisst.

Inhomogenes Kontrastmittelverhalten der Leberläsion zwischen Segment II und IV, die zentral Kontrastmittel aufnimmt, dieses jedoch nicht auswäscht (vergleiche 4 Ima 64 mit 7 Ima 12 und 17 Ima 12).

Cranial davon zeigt sich eine strangförmige, auf die Vena cava inferior zulaufende Hyperdensität (4 Ima 59), die ebenfalls kein wash-out zeigt und in allen Perfusionsphasen hyperdens bleibt.

Höckerige Leberoberfläche im Rahmen eines grobknotigen Leberparenchyms.

Die übrigen parenchymatösen Oberbauchorgane stellen sich regelhaft dar.

Die mesenterialen und retroperitonealen Lymphknoten sind bis auf einen kurzen Querdurchmesser von 4 mm vergrößert. Unspezifische ödematöse Durchtränkung des Fettgewebes angrenzend an den Truncus coeliacus (7 Ima 22). Unauffällige Darstellung der enteralen Strukturen. Frei perfundierte abdominale Blutleiter.

Vasosklerose der abdominalen Arterien.

Geröllzysten im Femurkopf links (8 Ima 76), vereinbar mit koxarthrotischen Veränderungen.

Geringfügige ventrale Spondylophytenbildung an den LWK 3 und 4. Osteochondrose im Bewegungssegment HWK 6 / HWK 7.

Beurteilung:

1. Inhomogenes Enhancement und für HCC untypisches Kontrastmittelverhalten einer Läsion an der Grenze zwischen Lebersegment II und IV, die nach RFA a.e. einer Narbenbildung und angrenzenden Perfusionsstörung entspricht.
2. Keine HCC-verdächtige intrahepatische Raumforderung. Keine sonstige malignomverdächtige Formation thorakoabdominell.
3. Unspezifische Vergrößerungen der mesenterialen und retroperitonealen Lymphknoten, die als reaktive Veränderung im Rahmen der bekannten HCV-Infektion zu werten ist.

PD Dr. B. [REDACTED]

Dr. S. [REDACTED]

✓

Nach diesem CT lagen zwei Herde mit 2,7 bzw. 2,9 cm vor, die den Mailand- und SE-Vorgaben ebenfalls entsprachen.

Nach der Begutachtung durch Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen in dem bereits zuvor schon abgebildeten Kurzgutachten hatten die Läsionen gemäß dem CT vom  2012 in Segment II einen Durchmesser von ca. 14 bis 28 mm und in Segment VI – unter Berücksichtigung von Messwertunterschieden (s.o.) – von ca. 24 bis 32 mm:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458-0

11. Patient ET-Nr. [REDACTED] (S [REDACTED], [REDACTED])

Fragestellung: Sind die beschriebenen Läsionen in Segment 2 und 6 HCC typisch und können Sie die Größenangaben in der MRT vom [REDACTED] 2011 und CT vom [REDACTED] 2012 bestätigen?

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 2 in der MRT vom [REDACTED] 2011 von den drei unabhängigen Auswertern mit 13mm, 15mm (HCC-typisch) und 15mm ausgemessen; in der CT vom [REDACTED] 2012 mit 24mm, 14mm, 28mm.

Für Patienten S [REDACTED], M [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 6 in der MRT vom [REDACTED] 2011 von den drei unabhängigen Auswertern mit 8mm, 16mm (Nodule in nodule) und 9mm (mind. 3. weitere Herde) und in der CT vom [REDACTED] 2012 mit 24mm, 32mm und 31mm.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Sprecher)
Wilfried E. B. Winzer

Vorsitzender des
Aufsichtsrates:
Prof. Dr. med. Peter C. Scriba

Bankverbindungen:
Commerzbank
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00

Es wird darauf hingewiesen, dass stets das CT vom [REDACTED] 2012 gemeint ist und es sich bei der Datumsangabe des [REDACTED] 2012 offensichtlich um einen Schreibfehler handelt. Die Gewährung einer Standard Exception ist daher nachvollziehbar. Ein Richtlinienverstoß liegt mithin nicht vor.

Erneut der Vollständigkeit halber: Auch dieser Patient wurde mit einem Primärangebot transplantiert.

(12) Patientin ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Bei der am [REDACTED] transplantierten Patientin ET-Nr. [REDACTED] entspricht die Anmeldung einer Standard Exception vom [REDACTED] 2012 ebenfalls nicht den Richtlinien. Am [REDACTED] 2011 war zwar eine histologische Sicherung erfolgt. Am [REDACTED] 2011 wurde eine TACE durchgeführt. Ein nachgereichtes CT vom [REDACTED] 2011 enthielt keine Größenbeschreibung und stellte lediglich fest, dass ein multifokales HCC nicht auszuschließen sei. Ein MRT vom [REDACTED] 2011 beschreibt zwar den „Nachweis einer 1,6 cm durchmessenden Läsion“, geht aber davon aus, dass aufgrund des Signal- und Kontrastmittelverhaltens in erster Linie an ein Adenom zu denken sei. Selbst wenn diese Läsion als HCC gewertet würde, entspräche sie nicht den Mailand-Kriterien. Die Anmeldung einer Standard Exception hätte somit nicht erfolgen dürfen.“

Demgegenüber erneut der vollständige und richtige Sachverhalt:

Der HCC-Diagnose zugrundeliegend ist bei der Patientin mit der ET-Nr. [REDACTED] ein MRT vom [REDACTED] 2011 mit einem Herd in Segment VIII mit 1,6 cm. Allerdings erkennt die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission auch diesen Befund. Danach war nicht nur – wie die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission meint –

„in erster Linie an ein Adenom zu denken.“

Vielmehr heißt es im fachradiologischen Befund, dass das primär angenommene Adenom von einem HCC nicht zu differenzieren sei. Diese Bewertung ist aus radiologischer Sicht nicht unüblich und kann keine abschließende Bewertung darstellen. Der Befundbericht lautet:

RADIOLOGIE UND NEURORADIOLOGIE
KLINIKUM DUISBURG
Professor Dr. med. F. [REDACTED] B. [REDACTED]

Befundnachdruck vom [REDACTED] 2017
Telefon: Chefarztsekretariat: 0203 [REDACTED]
Befundarzt: B. [REDACTED]

Station: [REDACTED]

M. [REDACTED] M. [REDACTED] * [REDACTED]

Klinische Angaben: O2-Abusus. Leberzirrhose. AFP normal. Sonografisch und computertomografisch V.

MRT Abdomen nativ + KM Sequenz vom [REDACTED] 2011 Anf# [REDACTED]

Untersuchungstechnik:
Transversal: T1-FLASH 2-D vor und nach KM, T1-FLASH 2-D fs nach KM, T1-FLASH 3-D vor und nach KM, T2-HASTE, T2-TSE Doppelecho.
Koronar: T2-HASTE.

Beurteilung:

Ausgeprägte inhomogene Kontrastierung in der frühen arteriellen Phase im Rahmen des zirrhotischen Leberumbaus. Insgesamt deutlich vergrößerte Leber mit inhomogener Verfettung (links betont). Unauffälliges biliäres System.

Nachweis einer etwa 1,6 cm durchmessenden Läsion im Segment 8 des rechten Leberlappens, die dem sonografisch und computertomografisch suspekten Leberbefund entsprechen dürfte. Aufgrund des Signal- und KM-Verhaltens ist hier in erster Linie an ein Adenom zu denken, ein kleines hepatozelluläres Karzinom lässt sich hiervon bildmorphologisch nicht differenzieren. Weitere suspekte Veränderungen finden sich nicht.

Normkalibriges Pankreas. Zarter Ductus pankreatikus major. Unauffällige Darstellung der Milz.

Ausgedehnter perihepatischer und auch perilienaler Aszites bei dekompensierter Leberzirrhose.

[REDACTED]

B. [REDACTED]
Oberärztin

Dieser Befund wurde digital erstellt und freigegeben.

Es erfolgte dann eine Bestätigung des HCC's durch eine Biopsie am [REDACTED] 2011:



Gem.-Praxis für Pathologie * Heerstr. 219 * 47053 Duisburg

Herrn Chefarzt
Prof. Dr. med. S. P. [REDACTED]
Klinik für Innere Medizin
Klinikum DU - Wedau Kliniken
Zu den Rehwiesen 9

47055 Duisburg

Dr. med. H. [REDACTED] K. [REDACTED]
Dr. med. A. Thiel
Fachärzte für Pathologie

Zertifiziert gemäß TÜV-Cert
DIN EN ISO 9001:2008

Heerstraße 219 [REDACTED] 2011
47053 Duisburg

Telefon (02 03) 631 48
oder (02 03) 60 08 - 16 00
Telefax (02 03) 60 08 - 16 49
E-Mail info@pathologie-duisburg.de

Name des Patienten: M. [REDACTED]
Geburtsdatum: [REDACTED]
eingegangen am: [REDACTED] 2011
Untersuchungsgut: Lebergewebe

E.-Nr.: [REDACTED]

Gutachterlicher Befund:

- ZWEITER BERICHT -

Nach Durchführung von Spezialfärbungen sowie immunhistochemischen Zusatzuntersuchungen sieht man zum einen in der Untersuchung auf Expression von CD 34 eine verstärkte Endothelialisierung der Sinusendothelien. In der Gomorri-Färbung sieht man eine Ausbildung von Makrotrabekeln.

Ergänzende Beurteilung:

Die Zusatzuntersuchungen bestätigen die Diagnose eines hepatozellulären Carcinoms.
Entsprechende UICC-Klassifikation (7. Auflage): **pTx, G2**

FAX-Übermittlung vorab.

Dr. med. H. [REDACTED]
Dr. med. A. [REDACTED]

Folglich war – entgegen dem Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission – ein HCC zweifelsfrei gesichert.

In der ersten Bildgebung vom [REDACTED] 2011 war eine Beschreibung zu Größe und Anzahl der Herde wie folgt erfolgt:



RADIOLOGIE UND NEURORADIOLOGIE
KLINIKUM DUISBURG
Professor Dr. med. F. [REDACTED] B. [REDACTED]

Befundnachdruck vom [REDACTED] 2017

Telefon: Chefarztsekretariat: 0203 733- [REDACTED]

Befundarzt: Dr. T. [REDACTED]

Station: [REDACTED]

M. [REDACTED] M. [REDACTED] [REDACTED]

Klinische Angaben: Leberzirrhose, V.a. hepatische Raumforderung

CT Abdomen KM Spirale vom [REDACTED] Auf# [REDACTED]

Befund:

Deutlich vergrößerte Leber, der linke Leberlappen reicht bis in den linken Oberbauch.
Deutliche inhomogenität des Leberparenchyms.
Buckelige Oberfläche.
Insgesamt sind diese Veränderungen am ehesten im Rahmen des zirrhotischen Umbaus des Leberparenchyms zu bewerten.

In der arteriellen Phase zeigen sich im Bereich des rechten Leberlappens multiple, teilweise konfluierende, unregelmäßig begrenzte hyperperfundierte Areale.
Differenzialdiagnostisch Perfusionsinhomogenitäten bei zirrhotischen Umbau des Leberparenchyms in Betracht zu ziehen.
Desweiteren differenzialdiagnostisch multifokales HCC zu erwägen.
Weitergehende MRT-Diagnostik des Leberparenchyms empfohlen.
Die Pfortader ist regelrecht perfundiert.

Deutlich perihepatischer Aszites. Des Weiteren perisplenischer Aszites. Deutliche Flüssigkeitsansammlung im Bereich des Abdomen und im Bereich des Beckens.
Am ehesten aszitische Flüssigkeitsansammlung im Bereich des Gallenblasenbettes.
Hierbei zeigt sich eine deutliche betonte, kontrastmittelaufnehmende Gallenblasenwand, eine entzündliche Veränderung kann in diesen Bereich nicht ausgeschlossen werden, sonographische Korrelation empfohlen.

Regelhafte Darstellung des Milzparenchyms ohne Nachweis einer fokalen Läsion.

Regelhafte Darstellung des Pankreas.

Regelhafte Darstellung der Nieren.

Regelhafte Darstellung der Nebennieren.

Kleinere retroperitoneale Lymphknoten ohne sichere pathologische Wertigkeit.
Sklerose der abdominalen Aorta.

Deutlich mindergefüllte Harnblase, eine abschließende Beurteilung der Harnblasenwand ist nicht möglich.

- 02 -

Die mitabgebildeten basalen Lungenabschnitte sind frei. Es zeigen sich kleinere Pleurale am ehesten schwelige Ausziehungen.

Degenerative Veränderungen im Bereich der mitabgebildeten BWS.
Im Übrigen regelhafte Darstellung der mitabgebildeten Knochenstrukturen.

Beurteilung:

Deutlich zirrhotischer Umbau des Leberparenchyms.

Darstellung der oben beschriebenen hyperperfundierenden Areale, welche große Teile des Leberlappens mit einbeziehen.

Differenzialdiagnostisch Perfusionsstörung im Rahmen des zirrhotischen Umbaus in Betracht zu ziehen, DD multifokales HCC nicht auszuschließen.

Weitergehende MRT-Diagnostik empfohlen.

Dr. T. [REDACTED]
Oberarzt

Dieser Befund wurde digital erstellt und freigegeben.

Nach dem Gutachten von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen lag gemäß den vorliegenden Befunden ein HCC vor, das einen Durchmesser von bis zu 20 mm aufwies:



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

12. Patient ET-Nr. [REDACTED] (M [REDACTED], M [REDACTED])

Fragestellung: Bitte beurteilen Sie die Größe des Herdes in Segment 8 in der CT vom [REDACTED] 2011 und [REDACTED] 2011.

Für Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 8 in der CT vom [REDACTED] 2011 von den drei unabhängigen Auswertern mit 17mm (Auswerter 1), nicht verwertbar (Auswerter 2) und 16mm (Auswerter 3) ausgemessen; in der MRT vom [REDACTED] 2011 mit 17mm, 20mm und 15mm.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Für eine Nachbefundung durch die Prüfungs- und Überwachungskommission lagen lediglich die MRT-Bilder vom [REDACTED] 2011 vor. Der HCC-Herd ist jedoch durch die dargestellte Biopsie bestätigt. Die offensichtlich ausreichend durchgeführte Bildgebung aus den Jahren 2011 und 2012 lässt eine Klassifizierung des histologisch nachgewiesenen HCC's zum gegenwärtigen Zeitpunkt in ausreichendem Maße zu. Die Mailand-Kriterien waren also erfüllt. Die Vorgehensweise im Universitätsklinikum Essen war damit richtlinienkonform.

Auch hier erneut der Vollständigkeit halber: Die Patientin wurde mit einem Primärangebot transplantiert.

(13) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Für den am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] wurde eine Standard Exception am [REDACTED] 2014 angemeldet. Am [REDACTED] 2013 erfolgte eine TACE-Behandlung. Ein CT-Abdomen vom [REDACTED] 2013 wies auf ein multifokales HCC von 7 mm Durchmesser sowie 11 mm Durchmesser hin. Ein MRT vom [REDACTED] 2013 ergab ein multifokales hepatozelluläres Karzinom mit Herden von 1,1 cm, 1,7 cm, 1,3 cm und 1,4 cm Durchmesser. Beide Bildgebungen befundeten Läsionen, die außerhalb der Mailand-Kriterien liegen. Eine weitere Klärung vor Durchführung der TACE-Behandlung ist nicht ersichtlich. Unklar ist auch, auf welchen Feststellungen das radiologische Konsil vom [REDACTED] 2014 (3 HCC-suspekte Herde < 30 mm) beruht.“

Hier wiederum der Sachverhalt richtig und vollständig:

Der HCC-Diagnostik bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] liegt ein auswärtiges MRT vom [REDACTED] 2013 (verschriftlicht am [REDACTED] 2013) zugrunde. In dem vorliegenden schriftlichen Befund erfolgt die Beschreibung von insgesamt vier arteriellen Signalanhebungen im Segment VII mit 1,1 cm, im Segment VI mit 1,7 cm, in Segment III mit 1,3 cm und im Segment II mit 1,4 cm:



Radiologische Gemeinschaftspraxis

+4923516764068

1/1

Dr. med. M. [redacted]
Gastroenterologische Praxis
[redacted]

Patient:

W. [redacted] geb. [redacted]

[redacted] 2013 [redacted]

Sehr geehrte(r) Frau Kollegin / Herr Kollege,

besten Dank für die freundliche Überweisung.

MRT Abdomen mit KM vom [redacted] 13:

Besten Dank für die freundliche Überweisung ihres o.g. Patienten, bei dem wir am [redacted] 13 eine kernspintomographische Untersuchung Abdomen gemäß den Qualitätsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom [redacted] 2000 durchführten.

Beschwerden - Fragestellung:

Ausschluss multifokales HCC bei bekannter großknotiger Leberzirrhose.

Verwendete Spule:

Espree Abdomen Spule

Sequenzen:

Coronare T2 TSE, transversale GRE in und out of phase und fettsupprimierte T2 TSE.

Die genauen Sequenzparameter sind im Datenfeld der hardcopy dokumentiert.

Befund:

Knotig formatiertes Lebergewebe ohne Nachweis einzelner richtiger großer Knoten. Hepatomegalie. Nativ kein Hinweis auf path. Signalanhebungen der Leber. Die intra- und extrahepatischen Gallenwege sind nicht aufgeweitet. In der KM- Serie in der arteriellen Phase findet sich im Segment VII eine 1,1 cm große flauwe Signalanhebung, eine weitere findet sich mit 1,7 cm im Segment VI, im Segment III Nachweis einer 1,3 cm großen Läsion und im Segment II eine 1,4 cm große Läsion. Splenomegalie. Kein Nachweis einer Portal – oder Milzvenenthrombose. Retroperitoneal sind die Lymphknoten kleiner 1 cm. Unauffällige Darstellung von Nebennieren, Nieren und Pankreas. Kein Aszites.

Beurteilung:

Bei Leberzirrhose multifokales hepatozelluläres Ca. mit Herden im Segment II, III, VII und VI. Keine Cholestase. Hepatomegalie, Splenomegalie. Kein Aszites, keine Lymphome. Unauffällige Darstellung der übrigen Oberbauchorgane.

Mit freundlichen Grüßen

A. [redacted]

Das radiologische Konsil vom [REDACTED] 2014 stützt sich gemäß der eigenen Beschreibung auf CT-Untersuchungen im Zeitraum vom [REDACTED] 2013 bis zum [REDACTED] 2014. In diesem Zusammenhang wurde auch festgestellt, dass sich der HCC-Befund – hier nur drei Herde – innerhalb der Mailand-Kriterien bewegt. Eine noch zu einem früheren Zeitpunkt als Herd qualifizierte Läsion wurde nunmehr als Leberzyste befundet:

Radiologisches Konsil vom [REDACTED] 2014:

Report	K [REDACTED]	Radiologisches Konsil	[REDACTED] 2014	CR
Report:				
V.a. multifokales HCC, 3 Herde?				
Genaue Anzahl und Größe?				
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom	[REDACTED]	[REDACTED]	2014:	
Insgesamt sind 3 HCC-suspekte Herde < 3 cm und eine a.e. Leberzyste abgrenzbar.				
In der CT stellen sich folgende Läsionen dar:				
" ein hyperarterialisierter Herd in Segment 3 mit flauem wash out (21mm)				
" ein HCC-verdächtiger, hypodenser Herd in Segment 5/6 (12mm), dessen Hyperarterialisierung nur in der DSA sichtbar ist				
" eine als Zyste gewertete Läsion Segment 5/8 (9mm)				
In der DSA stellt sich außerdem eine hyperarterialisierte Läsion kranial dorsal subdiaphragmal dar, die jedoch CT-morphologisch nicht fassbar ist.				
Beurteilung:				
Damit HCC-Befund innerhalb der Milan-Kriterien.				
Req. Physician-Service: Allg. Chirurgie LTX -Prae OP				
Patient: K [REDACTED]				
Date of Exam: [REDACTED]				
Accession Nr.: [REDACTED]				
Report Author: H [REDACTED]				
Report Approver: PD Dr. med. J [REDACTED]				
Rep. Creation Date: [REDACTED] 2014				

Das von den Radiologen im Universitätsklinikum Essen beschriebene Ergebnis wird durch das Gutachten von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen bestätigt. Danach



lagen drei Herde innerhalb der Mailand-Kriterien. In Segment III betrug der Durchmesser des Herdes ca. 12 bis 16 mm, in Segment VI ca. 17 bis 18 mm und in Segment VII ca. 9 bis 11 mm:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

13. Patient ET-Nr. [REDACTED] (K[REDACTED], W[REDACTED])

Fragestellung: Ist der Befund des fachradiologischen Gutachtens vom [REDACTED] 2014, der sich auf die unten aufgeführten Untersuchungen bezieht, für Sie nachvollziehbar?

Für den Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 3 in der MRT vom [REDACTED] 2013 von den drei unabhängigen Auswertern mit 12mm, 13mm und 13mm ausgemessen; in der CT vom [REDACTED] 2013 wurde sie von Auswerter 1 und 2 als nicht abgrenzbar, von Auswerter 3 als 6mm gemessen. In den darauf folgenden Untersuchungen: CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2014, CT vom [REDACTED] 2014 wurde die Läsion von allen drei Auswertern als nicht abgrenzbar gewertet. In der CT vom [REDACTED] 2014 wurde die Läsion in Segment 3 als 9mm, nicht abgrenzbar (Auswerter 2) und 14mm gemessen. In der CT Untersuchung vom [REDACTED] 2014 mit 12mm, 14mm, 16mm.

Für den [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 6 in der MRT vom [REDACTED] 2013 von den drei unabhängigen Auswertern mit 18mm, 18mm und 17mm (Regeneratknoten) ausgemessen; in der CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2014, CT vom [REDACTED] 2014, CT vom [REDACTED] 2014 und CT vom [REDACTED] 2014 als nicht abgrenzbar gewertet.

Für den [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 7 in der MRT vom [REDACTED] 2013 von den drei unabhängigen Auswertern mit 11mm, 10mm und 9mm (Regeneratknoten) ausgemessen; in der CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2013, CT vom [REDACTED] 2014, CT vom [REDACTED] 2014, CT vom [REDACTED] 2014 und CT vom [REDACTED] 2014 als nicht abgrenzbar gewertet.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Beste Klinik Sachsens!
Die Dresdner Spitzenmedizin.

Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Sprecher)
Wilfried E. B. Winzer

Vorsitzender des
Aufsichtsrates:
Prof. Dr. med. Peter C. Scriba

Bankverbindungen:
Commerzbank
IBAN DE68 8508 0000 0509 050
BIC COMDE33HAN

Ostdeutsche Sparkasse Dresden
IBAN DE26 8505 0300 3120 137
BIC OSDD DE 31

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE78 1203 0000 0011 207
BIC DKF1 33HAN

Die Anmeldung einer Standard Exception war daher sehr wohl richtlinienkonform.

Auch hier erneut der Vollständigkeit halber: Der Patient wurde am [REDACTED] 2014 mit einem kompetitiven Zentrumsangebot transplantiert.

(14) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch die SE-Meldung des am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] vom [REDACTED] 2015 begegnet erheblichen Bedenken. Die Überprüfung ergab keinen sicheren Nachweis eines HCC. Zwar geht ein radiologisches Konsil vom [REDACTED] 2015 von 2 Herden mit jeweils 19 mm Durchmesser aus. Die diesem zugrunde liegenden Bildgebungen sind nicht eindeutig. Im CT vom [REDACTED] 2015 wird der Verdacht auf zwei HCC-Raumforderungen geäußert, wobei bei einem Herd „kein sicheres Wash-Out-Phänomen in der venösen und der Spätphase“ beschrieben wird. Das MRT vom [REDACTED] 2015 beschreibt ein für ein HCC untypisches Speicherverhalten und lässt auch die Deutung als Regeneratknoten zu. Vor Anmeldung einer Standard Exception ist somit keine sichere Abklärung erfolgt, die jedoch erforderlich gewesen wäre.“

Erneut der richtige und vollständige Sachverhalt:

Der HCC-Diagnostik bei dem Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] zugrundeliegend sind ein CT vom [REDACTED] 2015 und ein MRT vom [REDACTED] 2015; zunächst zum CT:



HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
Universitätsklinikum

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Univ.-Professor Dr. G. A. [REDACTED]

Radiologischer Befund

Datum: [REDACTED] 2015 [REDACTED]

W [REDACTED]

HHU
Station ME 2

Nach Überprüfung der rechtfertigenden Indikation durch einen fachkundigen Arzt wurde folgende Untersuchung angefertigt:

CT des Abdomens + i.v.KM-Gabe vom [REDACTED] 2015:

Klinische Angabe:

Leberzirrhose im Stadium Child B, am ehesten nutritiv-toxisch. Z. n. oberer GI-Blutung bei Ösophagusvarizen [REDACTED] 13 und [REDACTED] 14. Z. n. Siebenfachgummibandligatur [REDACTED] 13 und Z. n. Vierfachgummibandligatur [REDACTED] 14 sowie Z. n. Fünffachgummibandligatur [REDACTED] 14. Aktuell: Ösophagusvarizen I° bis II° (ÖGD).

Fragestellung:

LTX-Evaluation.

Befund:

Es liegen keine vergleichbaren Voraufnahmen vor.

Unauffällige Darstellung miterfassten basalen Lungenabschnitte. Einzelne pleurale Verkalkungen rechts dorsolateral (6 ima 17). Knotige Oberfläche der hypotrophierten Leber. Inhomogene Kontrastierung des Leberparenchyms. Hyperdensität in Lebersegment 7/8 in der arteriellen Phase (6 Ima 16, 8 mm) ohne sicheres Wash-Out Phänomen in der venösen oder in der Spätphase. Weiterer arteriell-hyperdense Raumforderung der dorsalen Leber im Segment 6 (6 Ima 37, 24 x 15 mm) mit Wash-Out in der venösen und der Spätphase. Kleinere Milzverkalkungen. Varizen angrenzend an die kleine Magenkurvatur. Ausgeprägter Aszites perihepatisch und perilienal sowie beidseits entlang der parakolischen Rinne und im Becken. Pfortader frei. Keine Cholestase. Sludge in der Gallenblase. Prominente Magenwand, a.e. bei Varizen. Pankreas, Nebennieren und Nieren unauffällig. Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten inguinal. Grenzwertig große Lymphknoten beidseits iliacal (beispielhaft Kurzachsendurchmesser 9 mm, 10 ima 215). Vermehrte unspezifische Lymphknoten retroperitoneal. Degenerative Wirbelsäulenveränderungen. Schollige Prostataverkalkungen. Sinterungsfrakturen von BWK 10 bis BWK 12 und Deckplatteneinbruch von LWK4. Coxarthrose beidseits.

Beurteilung:

Leberzirrhose mit Zeichen einer portalen Hypertension.

Zwei HCC-suspekte Raumforderungen in Segment 6 dorsal subkapsulär sowie in Segment 7/8. Ergänzende KM-Sonographie empfohlen.

Befundergänzung ([REDACTED]): Nach erneuter Durchsicht der Bilder, V.a. weiteren hypervaskularisierten Leberherd im Lebersegment 6 (6 Ima 35). Es ist weiterhin eine ergänzende KM-Sonographie empfohlen.

Dr. E [REDACTED]
Oberärztin

Dr. B [REDACTED]
Assistenzarzt



Sodann zum MRT vom [REDACTED] 2015:

HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
Universitätsklinikum

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Univ.-Professor Dr. G. A. [REDACTED]

Radiologischer Befund

Datum: [REDACTED] 2015 ZIAF

W. [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

MRT der Leber nativ und mit KM i.v. vom [REDACTED] 2015

LTX-Listung bei Leberzirrhose im Stadium Child B, am ehesten nutritiv-toxisch, Z. n. oberer GI-Blutung bei Ösophagusvarizen 12/13 und 12/14, Z. n. Siebenfachgummibandligatur 12/13 und Z. n. Vierfachgummibandligatur 11/14 sowie Z. n. Fünffachgummibandligatur 12/14; aktuell: im CT mehrere HCC verdächtige Herde beschrieben mit Empfehlung zur KM-Sono. Da die Leber sonographisch nicht gut einsehbar ist, bitte um zweite Bildgebung, mittels MRT.

HCC

CT-VU vom [REDACTED] 2015 zum Vergleich. Eingeschränkte Beurteilbarkeit aufgrund von ausgeprägtem Aszites.

Die DWI-Sequenz ist bei ausgeprägtem Aszites nur sehr eingeschränkt auswertbar. Im Rahmen der Grundkrankheit zeigt sich eine deutliche Lebervolumenminderung mit knotig-irregulär konturierter Oberfläche sowie inhomogem Signal des Leberparenchyms. Insgesamt V.a. 4 arteriell früh-anreichernde, in der T2w nicht eindeutig nachweisbare Herde. Die Läsion in Lebersegment 5 ist bei zwerchfellnaher Lokalisation nur fraglich abgrenzbar (12 ima 55). Die aus der VU bekannten Läsionen in Segment 5 (0,9cm Größe; 13 ima 66) und 6 (1,3cm Größe) korrelieren mit dem CT-Befund (12 ima 65 und 66). Eine DWI-Signalalteration ist der Herde ist nicht nachzuweisen. Weitere 1,1 cm messende Läsion in Lebersegment 5 (12 ima 69), welche auch retrospektiv in der CT-VU nicht abgrenzbar war (5 ima 40 in der VU). V.a. kleinste bereits in der nativen Sequenz zum Leberparenchym gering hyperintense Läsiones randständig im Segment 8 (12 ima 58) und 0,8cm messend dorsalseitig subkapsulär im Segment 7 (12 ima 57) mit V.a. Regeneratknoten. 0,7 cm messende, zystische Läsion in Lebersegment 6. Analog zur VU vermehrte retroperitoneale Lymphknoten ohne Nachweis eindeutig pathologisch vergrößerter Lymphknoten. Bezüglich des restlichen abdominellen Befundes und der miterfassten Lungenabschnitte wird auf die CT-VU vom [REDACTED] 2015 verwiesen.

Eingeschränkte Beurteilbarkeit der DWI aufgrund von massivem Aszites. Nachweis von insgesamt 4 arteriell hypervaskularisierten, malignomsuspekten Leberläsionen, die trotz fehlender HCC-typischem KM-Aufnahmeverhalten vereinbar sind mit einem HCC, DD Adenom, DD Regeneratknoten. Davon sind 2 Läsionen größer als 1cm. V.a. Regeneratknoten im Lebersegment 7 und 8. Kein Nachweis pathologischer Lymphknoten.

Befundergänzung vom [REDACTED] 2015 (Prof. A. [REDACTED]): In Zusammenschau der CT und der MRT sind vier arteriell hypervaskularisierte Herde sichtbar, die jedoch kein venöses Auswaschen zeigen. Differentialdiagnostisch kann es sich um Regeneratknoten oder HCC-Herde oder auch ein Mischbild handeln.

Dr. B. [REDACTED]
Oberärztin

[REDACTED]
Assistenzarzt

Die Befunde erscheinen auf den ersten Blick diskrepant, weswegen vor Listung ein radiologisches Konsil am [REDACTED] 2015 auf Basis vorgeschilderte Bildgebungen erfolgte. Es fanden sich danach zwei Herde mit Hyperarterialisierung, einer an der Grenze von Segment V und VI und ein zweiter im Segment V mit jeweils 19 mm:

Report	W [REDACTED]	Radiologisches Konsil	[REDACTED]
Report: Wir bitten um Überprüfung der match-MELD-Kriterien die HCC gemäß den Richtlinien zur Organtransplantation der Bundesärztekammer vom 25.03.2011.			
1. Ausschluss einer extrahepatischen Metastasierung. 2. Bestimmung der maximalen Größe und Anzahl der HCC-Herde.			
Konsiliarische Mitbeurteilung (ext. Untersuchungen) vom [REDACTED] 2015:			
Beurteilung: Es liegt eine CT-Abdomen vom [REDACTED] 2015 und eine MRT der Leber vom [REDACTED] 2015 (jeweils vor der durchgeführten RFA; eingespielte Fremdaufnahmen im Chili-PACS) zum Vergleich vor. Es zeigt sich in der CT eine HCC-suspekte Läsion in Segment V/VI (19 mm) sowie Segment VI subkapsulär (19 mm) und eine weitere hyperarterialisierte Leberläsion ohne Washout-Phänomen, die a.e. einem Regeneratknoten entspricht, in Segment VIII (10 mm). Keine vergrößerten Lymphknoten. Kein Nachweis einer extrahepatischen Tumormanifestation. Damit liegt der Patient innerhalb der Milan-Kriterien.			
Req. Physician-Service: Allg. Chirurgie LTX -Prae OP Patient: W [REDACTED] Date of Exam: [REDACTED] Accession Nr.: [REDACTED] Report Author: [REDACTED] Report Approver: Prof. Dr. med. T [REDACTED] Rep. Creation Date: [REDACTED] 2015 [REDACTED]			

Beide Befunde erfüllen danach jeweils unabhängig voneinander die Mailand- und die SE-Kriterien. Die erforderliche Abklärung wurde somit gewährleistet. An dieser Stelle ist einmal mehr auf den Grundsatz der fachgleichen Begutachtung (und im Hinblick auf die Vorwürfe an die Transplantationschirurgen: die weiter unten noch abzuhandelnde horizontale Arbeitsteilung) zu verweisen. Die hier vorliegende Konstellation war durch Radiologen abzuklären. Das erfolgt durch das o.g. Konsil, an dessen Feststellungen Zweifel nicht geboten waren.

Die im Universitätsklinikum Essen erhobenen Feststellungen entsprechen auch dem Gutachten von Prof. Dr. med. Laniado und Kollegen. Nach dem CT vom [REDACTED] 2015 entsprachen die Läsionen den Mailand-Kriterien. Die Läsion in Segment



V/VI wies einen Durchmesser von 19 bis 21 mm und die Läsion in Segment V von 9 mm aus. Nach dem MRT vom [REDACTED] 2015 lagen die Durchmesser der Läsionen bei 12 bis 17 mm (Segment V/VI) bzw. 13 bis 14 mm (Segment V):

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Laniado

Bearbeiter: Prof. M. Laniado

Telefon: 0351 458-2259

Telefax: 0351 458-4321

michael.laniado@uniklinikum-dresden.de



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 Dresden

Dresden, 11.4.2017

Herrn
Prof. Dr. med. A. Paul
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 ESSEN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458-0

14. Patient ET-Nr. [REDACTED] (W [REDACTED], [REDACTED])

Fragestellung: Sind die Größenangaben, die im radiologischen Konsil vom [REDACTED] 2015 genannt wurden und sich auf das CT vom [REDACTED] 2015 und MRT vom [REDACTED] 2015 beziehen, richtig bzw. nachvollziehbar?

Für den Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 5/6 in der CT vom [REDACTED] 2015 von Auswerter 1 als nicht abgrenzbar von Auswerter 2 als 19mm und von Auswerter 3 als 21mm (Segment 6); in der MRT vom [REDACTED] 2015 als 12mm, 12mm und 17mm (Segment 6) ausgemessen.

Für den Patienten [REDACTED] wurde die Läsion in Segment 5 in der CT vom [REDACTED] 2015 von Auswerter 1 und 2 als nicht abgrenzbar und von Auswerter 3 als 9mm (Segment 8); in der MRT vom [REDACTED] 2015 als 13mm, 14mm und von Auswerter 3 als nicht abgrenzbar (Segment 8) gewertet.

Prof. Dr. med. Michael Laniado
Institutsdirektor



Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht
(Sprecher)
Wilfried E. B. Winzer

Danach steht erneut fest: Das Ergebnis der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission, dass keine ausreichende Abklärung erfolgt sei, ist auch bezogen auf diesen Fall unhaltbar.

Die SE-Kriterien waren somit eindeutig erfüllt. Die Anmeldung war damit richtlinienkonform, die Vorgehensweise im Universitätsklinikum Essen rechtmäßig.

Der Patient wurde mit einem kompetitiven Zentrumsangebot transplantiert.

Zwischenergebnis:

Die akribisch durchgeführte, auf fachradiologische Expertise zurückgreifende, erneute Bewertung der aufgeführten Fälle konnte die angeführten Richtlinienverstöße entkräften und aufzeigen, dass dadurch in der Regel auch keine Vorteile für die transplantierten Patienten gegenüber anderen Patienten auf der nationalen Warteliste entstanden sind.

Wenn überhaupt sind *max.* 5 Fälle aus den Jahren 2011 und 2012 und Anfang 2013 kritisch zu sehen, deren SE-Beantragung indessen vor der Übersendung des letzten Prüfungsberichtes des Universitätsklinikum Essen lag. Wie weiter unten noch dargestellt werden wird, sind nach ■ 2013 umfangreiche qualitätssichernde Maßnahmen getroffen worden. So wurden bereits ab 2014 gesamtfachradiologische Begutachtungen sämtlicher relevanter Voraufnahmen veranlasst. Zudem wurden – zur Plausibilitätskontrolle – regelmäßig alle Befunde auch in der über die Vergabe der SE-Kriterien entscheidenden Transplantationskonferenz demonstriert. Dies geschah somit noch vor der die SE-HCC-Kriterien konkretisierenden (kürzlich) durchgeführten Richtlinienänderung.

Fälle mit HCC außerhalb der Mailand-Kriterien, die auch als solche angemeldet waren, wurden zwecks Überprüfung, ob nicht doch eine Standard Exception hätte beantragt werden sollen, nicht geprüft. Aktuellere Fälle – entsprechend der erzielten, deutlich verbesserten Prozessqualität im Zentrum – waren nicht zu beanstanden. Dies trifft auch auf die bereits vom Universitätsklinikum Essen intern und mittels Zweitmeinung

überprüften Fälle aus dem Jahr 2016 zu. In dieser Zweitmeinungsüberprüfung (■ bis ■ 2016) gab es bei 11 HCC-Fällen zwei Patienten, bei denen das auswärtige Zentrum eine SE befürwortet hätte und keinen, der als „nicht berechtigt“ eingestuft wurde.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die im vorliegenden Bericht getroffene Feststellung zur Beantragung einer Standard SE beim HCC, deren Voraussetzungen seien nicht gegeben, vielmehr handele es sich im Universitätsklinikum Essen um ein

„*willentliches und systematisches Vorgehen*“ (Kommissionsbericht, S. 15),

schlicht unzutreffend ist. Das Gegenteil der Festgestellten ist der Fall: Regelmäßig lagen alle nach den Richtlinien geforderten Voraussetzungen für eine Standard Exception vor. Dem von der sogenannten Prüfungs- und Überwachungskommission erhobenen Vorwurf wird daher hier *mit allem Nachdruck* widersprochen.

Im Übrigen bleibt zu konstatieren: Sogar die methodisch als hoch problematisch einzuschätzende aktuelle Überprüfung durch die Kommission(en) konnte keinerlei Richtlinienverstöße nach ■ 2013 mehr nachweisen.

V. Die Vorwürfe der Nichtbeachtung der sechsmonatigen Alkoholkarenz

1. Zur normativen Irrelevanz der einschlägigen Richtlinien

Ob und inwieweit tatsächlich die insoweit erhobenen Vorwürfe der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission zutreffen, ist Gegenstand der detaillierten Stellungnahme im Folgenden unter 3. In rechtlicher Hinsicht ist dem allerdings die Frage vorgelagert, ob die einschlägigen Richtlinienvorgaben überhaupt normative Verbindlichkeit beanspruchen können.

Diese Frage ist zu verneinen.

Da die Richtlinien nämlich kein förmliches Gesetz darstellen, müssen sie – das hebt das Bundesverfassungsgericht hervor –

„auf ihre Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht“

überprüft werden.

BVerfG (K), Beschluss vom 18.8.2014 – 1 BvR 2271/14 – Rn.
4, juris

Die Abstinenzklausel bei alkoholinduzierter Leberzirrhose, für die im Übrigen tragfähige und evidenzbasierte Begründungen in der internationalen Fachliteratur nicht existieren,

vgl.

1. Stellungnahme zur Begründung der Richtliniennovellierung für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation – Unterpunkt ethyltoxische Lebercirrhose – der Ständigen Kommission Organtransplantation der BÄK
2. Ad-hoc-Gruppe Ethik der Transplantationsmedizin: Lässt sich die Pflicht einer sechsmonatigen Alkoholabstinenz vor Aufnahme auf die

Warteliste für eine Lebertransplantation ethisch rechtfertigen? Ein Positionspapier

unterminiert den *grundrechtlich* fundierten Anspruch, wonach jeder geeignete Patient, bei dem eine Transplantation nicht nur unwesentliche Erfolgsaussichten verspricht, einen Anspruch auf Zugang zur Warteliste und auf Berücksichtigung im Allokationsprozess hat. Damit aber ist die für den Prüfungszeitraum geltende Karenzregel in materieller Hinsicht verfassungswidrig und kann keine Geltung beanspruchen.

2. Auswirkungen der sogenannten horizontalen Arbeitsteilung und des Vertrauensgrundsatzes

Geht man gleichwohl im Folgenden davon aus, dass die – tatsächlich verfassungswidrige – Richtlinie anwendbar wäre, gebietet das im Folgenden, aufgrund des arbeitsteiligen Vorgehens im Sinne der horizontalen Arbeitsteilung den im Medizinrecht anerkannten Vertrauensgrundsatz zu beachten.

Die horizontale Arbeitsteilung betrifft das Zusammenwirken von Ärzten verschiedener Fachrichtungen bzw. verschiedener Abteilungen eines Krankenhauses

Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, 2013, § 2 Rn.
75.

Wesensmerkmale sind Gleichordnung und Weisungsfreiheit

Laufs/Katzenmeier/Lipp/Katzenmeier, Arztrecht, 7. Aufl. 2015 Kap. X Rn.
48.

In den hier zur beurteilenden und unter 3 näher dargestellten Sachverhalten sind die Grundsätze der horizontalen Arbeitsteilung und des Vertrauensschutzes anwendbar.

Im Kern geht es dabei darum, ob sich die behandelnden Ärzte des Universitätsklinikums Essen, insbesondere des Transplantationszentrums, auf Aussagen vorbehandelnder, heimatnah behandelnder oder konsiliarisch hinzugezogener Ärzte hinsichtlich der (von den Richtlinien und infolgedessen auch von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission: unrechtmäßig aufgeworfenen) Frage nach einer Alkoholabstinenz vertrauen durften. Diese Ärzte stehen den Ärzten des Universitätsklinikums Essen, insbesondere wiederum das Transplantationszentrums, weisungsfrei, gleichgeordnet und eigenverantwortlich gegenüber.

Dies gilt insbesondere, aber nicht ausschließlich, für die konsiliarisch hinzugezogenen Ärzte der Psychosomatik. Die Beratung von Menschen mit Alkoholproblemen unterfällt dem originären Fachbereich der Psychosomatik. Mithin sind auch diesbezügliche Behandlungen, Einschätzungen und Prognoseentscheidungen dem psychosomatischen Sektor zuzuordnen. Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein (wie auch die Weiterbildungsordnungen der übrigen Landes-Ärztekammern) definieren das wie folgt:

„Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.“ (<http://www.aekno.de/downloads/aekno/wbo-nordrhein-2017.pdf>)

Unzweifelhaft unterfällt die Beratung und Behandlung von Alkoholkranken nicht dem Teilbereich der Transplantationsmedizin. Gerade aufgrund des überlegenen Fachwissens der Psychosomatik wurden Fachärzte aus diesem und ähnlichen Fachgebieten zur Qualitätssicherung konsiliarisch hinzugezogen. Hieraus resultiert auch die Möglichkeit der klaren Abgrenzung der Verantwortungsbereiche sowie die Notwendigkeit des gegenseitigen Vertrauens.

Eben diese strikte Abgrenzung und der Vertrauensgrundsatz prägen die horizontale Arbeitsteilung. Jeder Facharzt führt mithin alle Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen durch, die er für seine Tätigkeit braucht und vertraut darauf, dass der andere seine Tätigkeit richtig und vollständig ausübt

Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, 2013, § 3 Rn. 55; Terbille in Münchner Anwaltshandbuch Medizinrecht, 2. Aufl. 2013, § 1 Rn. 506.

Es ist also jeder Arzt auch nur für solche eventuellen Fehler verantwortlich, die seinem Verantwortungsbereich unterfallen

Laufs/Katzenmeier/Lipp/Katzenmeier, Arztrecht, 7. Aufl. 2015 Kap. X Rn. 49.

Bereits im Jahr 1979 wandte der 1. Strafsenat des BGH den Vertrauensgrundsatz auf die Zusammenarbeit von Operateur und Anästhesist an. Demnach müssen sich die an der Behandlung bzw. Operation

„beteiligten Fachärzte grundsätzlich auf eine fehlerfreie Mitwirkung des Kollegen aus der anderen Fachrichtung verlassen können.“ (BGH, Urt. v. 02.10.1979 – 1 StR 440/79, NJW 1980, 649, 650).

Nach dem Vertrauensgrundsatz im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung habe

„jeder Arzt denjenigen Gefahren zu begegnen, die in seinem Aufgabenbereich entstehen; er muß sich aber, jedenfalls solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, darauf verlassen dürfen, dass auch der Kollege des anderen Fachgebiets seine Aufgabe mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Eine gegenseitige Überwachungspflicht besteht insoweit nicht.“ (BGH, Urt. v. 26.02.1991 – VI ZR 344/89, NJW 1991, 1539).

Demnach darf sich beispielsweise der behandelnde Arzt auf Mitteilungen des überweisenden Arztes verlassen, ebenso wie umgekehrt, je nachdem, welchem Verantwortungsbereich die Mitteilung unterfällt. Gleiches gilt im Verhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten

Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, 2013, § 3 Rn. 58.

Der zuvor zitierte Grundsatz der horizontalen Arbeitsteilung ist in der juristischen Literatur und in der höchstrichterlichen Rechtsprechung allgemein anerkannt

vgl. z.B. BGH, Urt. v. 14.01.2010 – III ZR 188/09; Laufs/Katzenmeier/Lipp/Katzenmeier, Arztrecht, 7. Aufl. 2015, Kap. X Rn. 48 ff.; Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht Fallgruppenkommentar, 4. Aufl. 2014, Rn. A250 ff. m.w.N; Erman/Rehborn/Gescher, BGB, Vor § 630h Rn. 17.

Er gilt explizit sowohl im Strafrecht als auch im Zivilrecht

Ratzel/Lissel/Kern, Handbuch des Medizinschadensrechts, 2013, § 3 Rn. 55,

sodass nicht ersichtlich ist, warum er nicht auch im Transplantationswesen generell und mithin auch im Rahmen von Überprüfungen durch die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Anwendung finden sollte.

Zwar gilt der Vertrauensgrundsatz nicht grenzenlos; so soll er nicht anwendbar sein, wenn sich die

„Gefährdung des Patienten gerade aus dem Zusammenwirken mehrerer Ärzte“ (BGH, Urt. v. 26.01.1999 – VI ZR 376-97, NJW 1999, 1779, 1780)

ergibt. Das soll dann der Fall sein, wenn die *Gefahren* nicht ausschließlich einem Aufgabenbereich zugeordnet werden können

Laufs/Katzenmeier/Lipp/*Katzenmeier* Arztrecht, 7. Auflage 2015, Kap. X
Rn. 50.

Den spezifischen Gefahren der horizontalen Arbeitsteilung hat demnach jeder Arzt mit kommunikativer Sorgfalt entgegenzuwirken. Im Rahmen der Zusammenarbeit von Psychosomatik und Transplantationsmedizin ergeben sich jedoch keine derartigen, spezifischen Gefahren, welche gerade aus dem Zusammenwirken herrühren. In der zuvor zitierten Entscheidung des BGH wurde eine spezifische Gefahr bejaht, weil der Anästhesist zur Durchführung der Narkose reinen Sauerstoff verwandte, während der Operateur zum Stillen einer Blutung einen Thermokauter einsetzte und es gerade aufgrund dieses Zusammenwirkens zu einer Flammenentwicklung kam

BGH, Urt. v. 26.01.1999, NJW 1999, 1779.

Die Zusammenarbeit von Psychosomatik und Transplantationsmedizin beinhaltet derartige Gefahren des Zusammenwirkens offenkundig nicht.

Der Vertrauensgrundsatz gilt darüber hinaus auch dann nicht, wenn

„offensichtliche Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden“,

ohne dass jedoch eine generelle Überwachungspflicht bestehen würde

BGH, Urt. v. 26.02.1991 – VI ZR 344/89, NJW 1991, 1539; vgl. auch
BGH, Urt. v. 05.10.1993 – VI ZR 237/92.

In sämtlichen, im Folgenden näher darzustellenden Fällen bestanden Anhaltspunkte, welche Zweifel an den getätigten Aussagen betreffend eine Alkoholabstinenz durch

Fachärzte anderer Fachgebiete hätten begründen müssen, nicht. Vielmehr entsprachen insbesondere die psychosomatischen Konsile höchsten Qualitätsanforderungen und waren sämtlichst nachvollziehbar und plausibel begründet.

Nach alledem durften (und mussten – angesichts der dann auch nach den Richtlinien *gebotenen* Versorgung des Patienten mit einem Transplantat) die behandelnden Ärzte des Transplantationszentrums auf sämtliche Aussagen von vorbehandelnden, heimatnah behandelnden oder konsiliarisch hinzugezogenen Ärzten betreffend die Alkoholabstinenz vertrauen.

3. Zu den Vorwürfen im Einzelnen

In dem vorläufigen Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission über die Prüfung des Lebertransplantationsprogramms des Universitätsklinikums Essen vom 01.03.2017 wird angeführt, dass der Einhaltung der Alkoholabstinenz in 9 Fällen mit äthyltoxischer Zirrhose nicht ausreichend Rechnung getragen worden sei.

Zu den im Einzelnen aufgeführten Fällen nehmen wir wie folgt Stellung:

(1) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

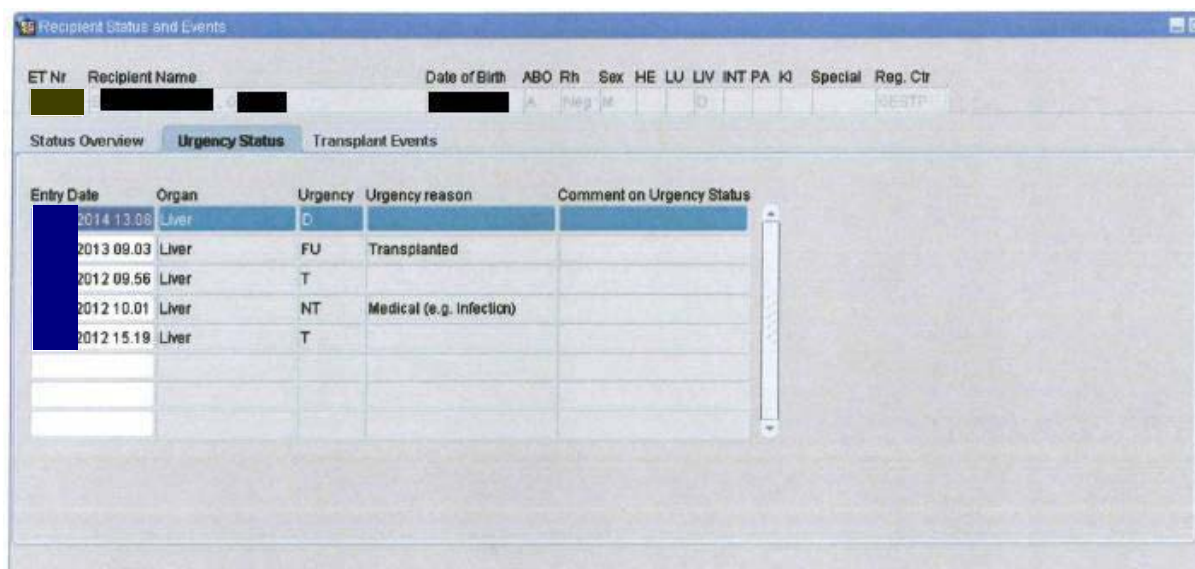
„Die Anmeldung des am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] zur Warteliste am [REDACTED] 2012 wahrt nicht die nach den Richtlinien vorgesehene sechsmonatige Alkoholkarenz. Ein Arztbrief vom [REDACTED] 2013 enthält den Hinweis auf eine Karenz seit [REDACTED] 2012. Eine Anmeldung zur Warteliste am [REDACTED] 2012 war somit auf jeden Fall verfrüht. Ein psychologisches Konsil vom [REDACTED] 2012 enthält des Weiteren Ausführungen

dazu, dass von einer Listung abzusehen und eine Intensivierung der Suchtbehandlung erforderlich sei.“

Tatsächlich stellt sich der Sachverhalt vollständig wie folgt dar:

Die Anmeldung des Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] am [REDACTED] 2012 war *versehentlich* erfolgt. Das beruht vermutlich darauf, dass die Konsiliaruntersuchung am gleichen Tag durchgeführt wurde, verschriftlicht aber erst am [REDACTED] 2012 vorlag. Nach Befundeingang konnte das Konsil nicht direkt gewürdigt werden. In diesem Konsil wurde eine Abhaltung der Listung formuliert, da das 6-Monatskriterium nicht erfüllt sei.

Nach einem administrativen Wechsel im Transplantationsbüro fiel die oben erwähnte Problematik auf, so dass der Patient – unverzüglich nachdem das aufgefallen war und ohne dass es des Dazutuns Außenstehender bedurft hätte – am [REDACTED] 2012 deshalb „NT“ gesetzt wurde:



Entry Date	Organ	Urgency	Urgency reason	Comment on Urgency Status
2014 13.08	Liver	D		
2013 09.03	Liver	FU	Transplanted	
2012 09.56	Liver	T		
2012 10.01	Liver	NT	Medical (e.g. Infection)	
2012 15.19	Liver	T		

Erst nach Vorlage fachärztlicher Bescheinigungen aus der LWL-Klinik [REDACTED] vom [REDACTED] 2012 und [REDACTED] 2012, die regelmäßige Behandlungen und

„keine Anhaltspunkte für einen fortgesetzten Alkoholkonsum“

sowie weitere geplante Behandlungstermine bescheinigten:

LWL-Klinik Paderborn

Psychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
Kooperationspartner der Fakultät für
Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Klinik Paderborn · Postfach 27 45 · 33057 Paderborn

Ärztlicher Direktor
PD Dr. med. B. [REDACTED]

Transplantationsbüro
Universitätsklinikum Essen
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Frau Dr. A. G. [REDACTED]
Hufelandstraße 55
45147 Essen

Paderborn, [REDACTED] 2012

Herr G. [REDACTED] *

Fachärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Transplantationsbüro

Herr [REDACTED] befindet sich weiter regelmäßig in meiner ambulanten Behandlung. Die Termine finden in ca. dreiwöchentlichen Abständen statt.

Diagnostisch handelt es sich bei Herrn [REDACTED] aktuell um:

- eine depressive Anpassungsstörung (ICD 10 F 43.21) sowie
- ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, zurzeit abstinent (F 10.20)

Während der ambulanten Behandlung haben sich keine Anhaltspunkte für einen fortgesetzten Alkoholkonsum des Herrn [REDACTED] ergeben. Aufgrund des bestehenden Leberzellkarzinoms bestand allerdings eine eingeschränkte Möglichkeit, die Abstinenz laborchemisch zu beweisen.

Eine Fortdauer der ambulanten Behandlung ist in jedem Fall geplant.

Für Rückfragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung.

T. [REDACTED]
Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie
Chefarzt Suchtmedizin

**LWL-Klinik Paderborn**Psychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik
im LWL-PsychiatrieVerbund WestfalenAkademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
Kooperationspartner der Fakultät für
Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld**LWL**Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe

LWL-Klinik Paderborn · Postfach 27 45 · 33057 Paderborn

Ärztlicher Direktor
PD Dr. med. B. [REDACTED]Transplantationsbüro
Universitätsklinikum Essen
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Hufelandstraße 55
45147 Essen

Abteilung: Suchtmedizin

Paderborn, [REDACTED] 2012

Herr G. [REDACTED] *

Fachärztliche Bescheinung zur Vorlage beim Transplantationsbüro

Herr [REDACTED] befindet sich weiter regelmäßig in meiner ambulanten Behandlung.

Diagnostisch handelt es sich bei Herrn [REDACTED] aktuell um:

- eine depressive Anpassungsstörung (ICD 10 F 43.21) sowie
- ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, zurzeit abstinenter (F 10.20)

nach Absolvierung einer stationären Behandlung im [REDACTED] 2011 haben sich seitdem im Rahmen der ambulanten Kontakte keine Anhaltspunkte für einen problematischen Alkoholkonsum ergeben.

Aufgrund des bestehenden Leberzellkarzinoms bestand allerdings eine eingeschränkte Möglichkeit, die Abstinenz laborchemisch zu beweisen.

Eine weitere Fortdauer der ambulanten Behandlung ist geplant.

Für Rückfragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung.

T. [REDACTED]
Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie
Chefarzt Suchtmedizin

erfolgte die erneute „T“-Listung des auch an einem HCC leidenden Patienten am [REDACTED] 2012.

Somit ist zuzugestehen – und das wurde nie in Zweifel gezogen –, dass zwar *zunächst* eine inkorrekte „T“-Listung am [REDACTED] 2012 erfolgte, die das Universitätsklinikum Essen von sich aus nach Erkennen des Versehens rückgängig gemacht hat. Die Transplantation erfolgte jedoch erst nach formal richtlinienkonformer Einhaltung des Abstinenzkriteriums nach erneuter „T“-Listung am [REDACTED] 2012. Ein Verstoß gegen die Richtlinie ist damit jedenfalls durch die Transplantation nicht erfolgt, mag ein solcher – versehentlich – auch in der Anmeldung Patienten gelegen haben. Damit haben sich aus dem Versehen auch keinerlei Konsequenzen für andere Patienten (Benachteiligung bei der Allokation) ergeben.

(2) Patientin ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Die am [REDACTED] transplantierte Patientin ET-Nr. [REDACTED] wurde am [REDACTED] 2010 zur Warteliste angemeldet. Da das psychosomatische Konsil vom [REDACTED] 2010 eine Abstinenz erst seit [REDACTED] 2010 feststellte und eine Listung im [REDACTED] 2010 empfahl, war die Anmeldung im [REDACTED] 2010 verfrüht.“

Tatsächlich wurde eine Patientin mit der ET-Nr. [REDACTED] in Essen weder registriert noch transplantiert; hier liegt offensichtlich eine Fehlinformation der sogenannten Prüfungs- und Überwachungskommission vor.

(3) Patientin ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch im Fall der am [REDACTED] transplantierten Patientin ET-Nr. [REDACTED] sind ausreichende Feststellungen zur Karenz vor den jeweiligen Meldungen am [REDACTED] 2012 und [REDACTED] 2013 nicht ersichtlich. Ein psychologisches Konsil vom [REDACTED] 2012 führt aus, dass die Patientin nach eigenen Angaben seit [REDACTED] 2010 trocken sei, weist aber ausdrücklich auf deutliche Verleugnungstendenzen der Patientin hin. Ein einmaliger (negativer) Ethanoltest am [REDACTED] 2012 stellt keine ausreichende Abklärung der Karenz dar.“

Demgegenüber ist der Sachverhalt wie folgt klarzustellen und zu bewerten:

Bei der Patientin mit der ET-Nr. [REDACTED] erfolgte am [REDACTED] 2012 die „T“-Listung wegen äthyltoxischer Leberzirrhose und HCC. Laut psychosomatischem Konsil vom [REDACTED] 2012 bestand Alkoholabstinenz seit [REDACTED]:



UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

LVR-Klinikum Essen · Postfach 10 30 43 · 45030 Essen

Universitätsklinikum Essen
Klinik f. Allgemein-, Viszeral-
und Transplantationschirurgie
-hier-



LVR
Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Datum und Zeichen bitte stets angeben

Klinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. med. W. S.

Tel (0201) 8707 541

Fax (0201) 8707 505

Universitätsklinikum Essen, Transplantationszentrale DSO, OPZ II, z. H. - hier -

M.

Vertrauliche Information

Nur zur Information des Arztes!
Weitergabe nicht gestattet.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

nachfolgend berichten wir Ihnen über die o. g. Pat., die sich am 2012 zur Evaluation vor geplanter Lebertransplantation in unserer Ambulanz vorstellte

Beurteilung a. S. u. Fachgebietes:

Alkoholabhängigkeit,
anamnestisch abstinent seit
(ICD-10: F10.2)

Im Gespräch werden deutliche Verleugnungstendenzen spürbar, die Pat. bleibt ausweichend bezüglich genauer Angaben zum Alkoholkonsum. Bisher ist keinerlei suchtspezifische Therapie oder Beratung erfolgt. Die Pat. hat sich noch nicht mit auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Alkoholsucht auseinandergesetzt. Im Gespräch riecht die Pat. stark nach Pfefferminz.



M■■■■■, M■■■■■

Seite 2

Es bestehen keine absoluten Abhaltungen vor Listung für eine Lebertransplantation; der Besuch unserer Compliancegruppe bzw. alternativ eine wohnortnahe spezifische Suchttherapie in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik und regelmäßige Alkoholscreenings durch den Hausarzt mit entsprechender Darlegung dieser Maßnahmen sollte aber Voraussetzung zur Listung sein. Mit der Pat. wurde dies so besprochen.

Somatische Diagnosen:

Leberzirrhose bei C2-Abusus
Hepatozelluläres Karzinom

Beschwerden und Krankheitsvorgeschichte: Frau M■■■■■ berichtet, dass sie seit ca. ■■■■ etwa drei Gläser Wein und zwei Gläser Cognac pro Tag getrunken habe. Sie habe meistens abends und wahrscheinlich aus Langeweile getrunken. Einen anderen Grund für ihre Alkoholsucht wisse sie nicht. Eine Suchttherapie habe sie bisher nicht gemacht, da sie das nicht wolle. Ihre Suchtproblematik gehe keinen etwas an. Schon länger seien erhöhte Leberwerte aufgefallen, die der behandelnde Hausarzt aber als unbedeutend bewertet habe. Frau M■■■■■ habe deshalb zu einem neuen Arzt gewechselt, der ihre Einweisung in eine Klinik veranlasst habe. ■■■■■ sei dann im Krankenhaus eine Leberzirrhose diagnostiziert worden. 2011 sei dann noch ein hepatozelluläres Karzinom festgestellt worden. Ihre behandelnden Ärzte hätten ■■■■■ 2012 erstmalig die Möglichkeit einer Transplantation mit ihr thematisiert. Sie wolle eine Transplantation unbedingt durchführen lassen, um länger zu leben. Über die Chancen und Risiken einer Transplantation fühle sie sich gut informiert; insgesamt fühle sie sich in der Klinik gut aufgehoben.

Aktuelle Lebenssituation und wichtige biographische Daten: Frau M■■■■■ ist seit ■■■■ verheiratet. ■■■■■

Sie arbeite als ■■■■■. Nach der Mittleren Reife habe sie zunächst eine Ausbildung zur ■■■■■ gemacht, über die Arbeit in einer ■■■■■ Klinik sei sie schließlich in ■■■■■ „gelandet“. Ihre Kindheit beschreibt Frau M■■■■■ ■■■■■. Sie sei ■■■■■ aufgewachsen. Die Ehe der Eltern sei ■■■■■. Zu beiden Eltern habe sie ■■■■■

Bisheriges Bewältigungsverhalten, evtl. psychische Vorerkrankungen, Compliance und Gesundheitsverhalten: Über die Alkoholabhängigkeit hinaus werden keine weiteren psychischen Vorerkrankungen berichtet. Bei der Bewältigung von Problemen brauche sie keine Hilfe. Sie mache vieles mit sich alleine aus. ■■■■■



M. [REDACTED], M. [REDACTED]



Ende

Seite 3

Eine suchtspezifische Therapie habe aus diesem Grunde bisher nicht stattgefunden. Entsprechend hat sich die Pat. bisher kaum mit den Hintergründen ihrer Suchterkrankung und möglichen Strategien zur Bewältigung von Rückfällen beschäftigt. Auf die Einladung vor in unserem Hause durchgeführten Compliancegruppe reagiert die Pat. zunächst sehr ablehnend. Sie habe Alkohol [REDACTED] getrunken, andere Gründe gebe es nicht. Frau M. [REDACTED] berichtet weiterhin, dass sie versuche auf gesunde Ernährung zu achten. Nikotin, Benzodiazepine und illegale Drogen werden verneint. Sie gehe regelmäßig [REDACTED]. Bei einer Größe von [REDACTED] m wiege sie [REDACTED] kg (BMI [REDACTED] kg/m²). Die Krankheit versuche sie zu akzeptieren, sie sei zur LTX entschlossen, falls es notwendig sei.

Beurteilung und Prozedere: Wir sahen eine Pat. mit reduziertem Bewältigungs- und Alkoholkrankheit in der Vorgeschichte. Eine suchtspezifische Therapie ist bisher nicht erfolgt. Anamnestisch Abstinenz seit 2010. Die Alkoholabstinenz sollte überprüft werden. Wir sehen die Indikation zur Teilnahme an unserer Alkoholcompliancegruppe und werden die Pat. hierzu schriftlich einladen. Die Teilnahme ist Voraussetzung zur Listung. Dies wurde der Pat. so mitgeteilt.

Für telefonische Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. W. [REDACTED]
Direktor der Klinik

Prof. Dr. [REDACTED]
Ltd. Oberärztin der Klinik

D. [REDACTED]
Ärztliche Mitarbeiterin

Zutreffend wird deshalb schon im vorstehenden Bericht – wertend – festgestellt, dass

„keine absoluten Abhaltungen vor Listung für eine Lebertransplantation“

bestehenden. Unsicherheiten reichen für eine Abhaltung nicht aus.

Die behandelnden Ärzte im Transplantationszentrum des Universitätsklinikums Essen durften sich nach den aufgezeigten rechtlichen Kautelen auf die Einschätzung der betreffenden LVR-Klinik verlassen. In diesem Zusammenhang bleibt auch zu konstatieren, dass das psychosomatische Konsil bei einer

Einrichtung des LVR-Klinikverbundes eingeholt wurde. Der LVR ist ein (so allein in Nordrhein-Westfalen existierender) Kommunalverband mit rund 18.000 Beschäftigten und erfüllt rheinlandweit insbesondere Aufgaben in der Psychiatrie. Der LVR spielt hier eine herausragende Rolle in der Entwicklung der Psychiatrie. Das ist in besonderem Maße zu betonen, weil es belegt, dass das Konsil bei einer hochspezialisierten und überaus – auch über die Region hinaus – anerkannten Einrichtung eingeholt worden ist und davon auszugehen ist, dass es höchsten Qualitätsstandards genügt. Auch unter diesem Gesichtspunkt durften sich die behandelnden Ärzte des Universitätsklinikums Essen auf die Angaben in dem eingeholten Konsil verlassen. Anhaltspunkte für etwaige Sorgfaltspflichtverletzungen seitens des LVR bestanden (und bestehen) nicht.

Bei gleichzeitig bestehendem HCC beschloss die Transplantationskonferenz am ■■■■■ 2012 deshalb die Listung. Dabei sei erneut der Fokus nicht nur auf die Frage gerichtet, ob die Patientin durch die Listung gegebenenfalls andere Patienten im Zuge der Allokation von einem Listenplatz „verdrängt“. Verteilungsgerechtigkeit – die zu prüfen ja Grundgedanke der Bildung einer Prüfungskommission wie einer Überwachungskommission war – beinhaltet auch, dass diejenigen Patienten, die (sei es auch nach den widerrechtlichen Richtlinien) als transplantabel gelten, dann auch umgehend gelistet werden. Geschieht das nicht, würden nicht nur Pflichten aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten verletzt; vielmehr könnte auch ein solches Verhalten zivil- und unter Umständen sogar strafrechtliche Konsequenzen (fahrlässige Tötung durch Unterlassen infolge Nichtlistung) haben. Es erstaunt schon sehr, dass die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission diesen Gesichtspunkt scheinbar überhaupt nicht im Auge hat, jedenfalls aber in ihrem Bericht nicht berücksichtigt.

Die Patientin wurde später am ■■■■■ 2012 bei Eurotransplant „NT“ gemeldet und in der Transplantationskonferenz vom ■■■■■ 2012 erneut diskutiert. Hier wurde interdisziplinär beschlossen, eine erneute psychosomatische Evaluation bzw. erfolgreiche Teilnahme an einer Compliance-Gruppe abzuwarten, da bzgl. des HCC's offensichtlich eine gute Tumorkontrolle bestand.

Die Patientin nahm sodann in dem Zeitraum vom ■■■■■ 2013 bis zum ■■■■■ 2013 an einer Compliancegruppe teil. In dieser Zeit wurde bei den Messungen auf Äthylglukuronid im Urin kein positiver Befund festgestellt.

Wiederum gilt: Natürlich und im Einklang mit der geltenden Rechtsprechung durften (und wie dargestellt: mussten!) sich die behandelnden Ärzte des Universitätsklinikums Essen auf die Ausführungen des LVR verlassen, ohne diese nachprüfen zu müssen. Anhaltspunkte für etwaige Sorgfaltspflichtverletzungen seitens des LVR bestanden (und bestehen bis heute) nicht. Diese Einschätzung des LVR wurde durch eine im Universitätsklinikum Essen durchgeführte negative Ethanoltestung vom ■■■■■ 2012 bestätigt:



ZENTRALLABOR UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN

Leiter: Dr. med. L. V.

Hufelandstr. 55, 45147 Essen

Tel.: ++49 (0)201-723-2301 Fax: -5052 e-mail: Zentrallabor@uk-essen.de



Befundbericht

M8	M8	M8	#AC	#AC	#AC	Einsender	M	M
						Auftragsnummer		
						Datum		
						Datum*		
Notfall	Notfall	Routine	Routine	Routine	Notfall	Dringlichkeit		
#MEDG	#MEDG	#MEDG	fAC-LTX-PR	fAC-LTX-PR	fAC-LTX-PR	Facheinsender		
Kasse	Kasse	Kasse	Kasse	Kasse	Kasse	Kostenträger		
K-AR77	K-AR77	K-AR77	K-AR57	K-AR57	K-AR57	Abrechnungsart		

Geburtsdatum 22666973

Druckzeit: Seite 1 von 2 KUMULATIV VORABBERICHT

6.24	7.43	5.57	7.43	7.58		Hämatologie		
3.15 -	2.85 -	3.04 -	3.72 -	3.92		Leukozyten	3,6 - 9,2	/nl
9.8 -	9.1 -	9.7 -	9.6 -	11.0 -		Erythrozyten	3,9 - 5,1	/pl
0.287 -	0.265 -	0.278 -	0.298 -	0.331 -		Hämoglobin	12,0 - 15,2	g/dl
91.1	93.0	91.4	80.1 -	84.4 -		Hämatokrit	0,37 - 0,46	l/l
31.1	31.9	31.9	25.8 -	28.1		MCV	85 - 98	fl
34.1	34.3	34.9	32.2	33.2		MCH	28 - 33	pg
226	212	171 -	202	214		MCHC	32 - 35	g/dl
	10.1	10.8	11.1	10.3		Thrombozyten	180 - 380	/nl
						MPV	9,2 - 12,9	fl
						Gerinnung		
76		75	70	folgt		TPZ (Quick-Wert)	70 - 130	%
1.14		1.15	1.18	folgt		INR		
28.7		31.6	27.8	folgt		aPTT	24,4 - 32,4	sec
						Klinische Chemie		
131 -		134 -	132 -	130 -		Natrium	136 - 145	mmol/l
3.9		3.6	4.6	3.9		Kalium	3,5 - 5,1	mmol/l
98						Chlorid	98 - 107	mmol/l
2.30						Calcium	2,08 - 2,65	mmol/l
3.7						Phosphat (anorg.)	2,7 - 4,5	mg/dl
1.34 +	1.13 +	1.13 +	1.25 +	0.99		S-Kreatinin	0,6 - 1,1	mg/dl
21.0 +			22.0 +	31.0 +		Harnstoff-N	6 - 19,8	mg/dl
5.7			5.1	7.2 +		Harnsäure	2,6 - 6,0	mg/dl
0.8		1.0	0.9	1.0		Bilirubin (gesamt)	0,3 - 1,2	mg/dl
52 +		38 +	47 +	55 +		GOT (ASAT)	0 - <35	U/l
29		25	25	27		GPT (ALAT)	- <35	U/l
		34				AP	25 - 100	U/l
63 +		58 +	68 +	83 ++		GGT	- <35	U/l
		163	199	221		LDH	120 - 247	U/l
			4.1 -	4.3 -		Cholinesterase	4,9 - 11,9	U/ml
7.66			7.91	7.82		Gesamt-Eiweiß	6,4 - 8,3	g/dl
4.0						Albumin	3,4 - 4,8	g/dl
<0.5			<0.5	0.7 +		CRP	- <0,5	mg/dl
						Ethanol (umg. auf Blutalkohol)	- 0,012	°/oo
						Proteine		
			13 -			Ferritin	24 - 260	µg/l
						Blutzucker		
			92	94		Glukose (Serum)	74 - 109	mg/dl
			5.11	5.22		Glukose (Serum) (SI-Einheit)	4,11 - 6,05	mmol/l
						Urinstatus		
entf.						-U-Status(Stix):-		
entf.						U-Stix-Glukose	neg.	
entf.						U-Stix-Protein	neg.	
entf.						U-Stix-Bilirubin	neg.	
entf.						U-Stix-Urobilinogen	grenzwe	
entf.						U-Stix-pH	5 - 8	
entf.						U-Stix-Ery./Hb	neg.	
entf.						U-Stix-Ketone	neg.	
entf.						U-Stix-Nitritgehalt	neg.	
entf.						U-Stix-Leukozyten	0 - 20	Leu/µl
entf.						Urin-Spezifisches Gewicht	1,020 - 1,035	kg/l

Zeichenerklärung

S = Sondenbefund * = Blutzentralszeitpunkt nach Angabe der Station

SWISSLAB Kurztabellebefund Version 1.1

Felddruck = Neue Ergebnisse/Nachtrag

-/+ : Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs

Der Arztbrief der LVR-Klinik im Kontext mit der vorstehend dargestellten Testung führte also letztlich zur Bejahung der 6-monatigen Alkoholabstinenz. Diese Entscheidung wird selbst retrospektiv nicht infrage zu stellen sein!

Insofern bleibt festzustellen, dass die – rechtlich als verfassungswidrig einzustufenden – Richtlinien bezüglich der Alkoholabstinenz sehr wohl beachtet wurden. Offensichtlich meint die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission auch insoweit über bessere medizinische Fachkenntnisse (wiederum ohne Einbeziehung entsprechender Fachärzte in das „Team“) zu verfügen als hoch qualifizierte Facheinrichtungen und dort tätige hoch qualifizierte Fachärzte selbst. Ein Richtlinienverstoß jedenfalls ist definitiv zu verneinen.

(4) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Bei dem am [REDACTED] transplantierten Patienten ET-Nr. [REDACTED] erfolgte die Anmeldung zur Warteliste am [REDACTED] 2012. Der Patient litt unter einer nutritiv-toxischen Leberzirrhose. Ein Brief der gastroenterologischen Abteilung vom [REDACTED] 2011 sprach von einer Karenz seit 8 Jahren und einer absoluten Karenz seit ein bis zwei Monaten. Ein Schreiben des Hausarztes vom [REDACTED] 2012 enthielt die Angabe „8 Jahre karent“. Unter diesen Umständen hätten eigene fachspezifische Feststellungen des Zentrums getroffen werden müssen.“

Diese Feststellungen sind geradezu absurd und negieren den Grundsatz der horizontalen Arbeitsteilung in der Medizin in kaum da gewesener Weise, belegen aber gleichzeitig auch, wie leichtfertig sich die Kommission(en) „am grünen Tisch“ bessere medizinische Fachkenntnisse als Fachärzte und langjährig den Patienten betreuende Ärzte (ebenfalls Fachärzte) anmaßen.

Es ist deshalb schon zweifelhaft, ob der Patient ET-Nr. [REDACTED] überhaupt den Einschränkungen betreffend eine alkoholinduzierter Zirrhose unterfällt. Die konkrete Diagnose einer alkoholinduzierten Leberzirrhose wurde nämlich vor Anmeldung zu der Warteliste am [REDACTED] 2012 nicht eindeutig gestellt. Es bestand lediglich ein diesbezüglicher *Verdacht*.

So wurde mit Arztbrief des Herrn Prof. Dr. [REDACTED], Facharzt für Innere Medizin, Chefarzt der betreffenden Abteilung am [REDACTED] vom [REDACTED] 2003 von einer nutritiv-toxischen Leberzirrhose berichtet, welche sich aus einer *nichtalkoholischen* Steatohepatitis (NASH) entwickelt habe, wobei als zweiter Schlag(hit) Alkoholkonsum anzunehmen sein könnte:



St. Nikolaus - Stiftshospital GmbH Andernach

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER UNIVERSITÄT BONN

Prof. Dr. med. A. S. [redacted] Postfach 18 18 - 56608 Andernach

Herrn [redacted]

Medizinische Abteilung

Onkologische Tagesklinik

Chefarzt

Prof. Dr. med.

A. S. [redacted]

Hindenburgwall 1
D-56626 Andernach

Datum: [redacted]

Sehr geehrter Herr Kollege [redacted]

wir berichten über Herrn K. [redacted] S. [redacted], geb. [redacted]
[redacted] der sich vom [redacted] 2003 bis [redacted] 2003 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:

Blutung aus Ösophagusvarizen Grad II – III bei vorwiegend mikronodulärer Leberzirrhose, wahrscheinl. nutritiv-toxischer Genese

Blutungsanämie, Hb. 10,6 g/dl

HP-positive Gastritis

Adipositas

Anamnese:

Blande Vorgeschichte, früher [redacted], zuletzt Gewichtszunahme, [redacted]

[redacted], regelmäßig Äthanol- und Kaffeegenuss.

Jetzt am Aufn.-Abend 2x aus Wohlbefinden heraus Blut erbrochen, kollabiert. Aufnahme mit oberer gastrointest. Blutung. Bei Aufnahme klinisch stabil.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

[redacted] m groß, [redacted] kg schwerer Pat., Kopf und Hals unauff., keine Leberhautzeichen, blutiger Poetor ex ore, Hämatin im Mundbereich, Blutdruck 120/60 mmHg, Puls 80/Min., Lunge physikal. unauff., Herzaktion rhythm., Herztöne rein, keine Geräusche. Abdomen weich, keine Resistenzen, keine Abwehrspannung, orientierter Pat., neurolog. unauff.

Ruhe EKG:

SR, 80/Min., Linkstyp, PQ und QRS-Zeit im Normbereich, RS-Übergang zwischen V3 und V4.

Beurteilung: Normofrequ. SR, unauff. Erregungsausbreitung und Rückbildung.

St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH
Hindenburgwall 1 56626 Andernach
Telefon (02632) 404-0 Telefax (02632) 404-5289

Geschäftsführer: Dr. Horst Ludes
Amtsgericht Andernach HR B 1336
Sitz der Gesellschaft ist Andernach

Kreisparkasse Mayen
BLZ 576 500 10
Konto 20 005 898

Volksbank Rhein-Ahr-Eifel
BLZ 577 615 91
Konto 383 134 400

Hiernach wurde lediglich eine Leberzirrhose auf dem Boden einer nutritiv-toxischen Genese mit Autoimmunhepatitis diagnostiziert, wobei allenfalls eine C2-

Komponente erwähnt wurde; vgl. dazu beispielhaft auch den Arztbrief des Universitätsklinikums Essen (Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie):

Universitätsklinikum Essen
Anstalt des öffentlichen Rechts



Universitätsklinikum I Essen, Klinik für Gastroenterologie u. Hepatologie I, 45122 Essen

Universitätsklinikum Essen
Zentrum für Innere Medizin
Klinik für Gastroenterologie u. Hepatologie

Herrn


Direktor: Prof. Dr. med. 
Hufelandstr. 55, 45122 Essen
Telefon: 0201/723-3610/3611
Telefax: 0201/723-5971
E-Mail: guido.gerken@uk-essen.de

Essen,  2011 / 

D/

Herrn K  

Patient:

Herr K  , geb. 

Sehr geehrter Herr Kollege 

hiermit berichte ich Ihnen über die erstmalige ambulante Vorstellung des o.g. Patienten in meiner Klinik am  2011.

Diagnosen:

1. Bekannte komplette Leberzirrhose mit beginnender Dekompensation (Child B), am ehesten auf dem Boden einer nutritiv-toxischen Genese mit autoimmunologischem Hintergrund basierend auf der HLA-Typisierung (A1, B8 und DRB3 positiv)
2. Portale Hypertension mit Splenomegalie
3. Zustand nach rezidivierender Ösophagus-Varizenblutung mit Sklerosierungs- und Ligaturbehandlung
4. Indikation zur Listung einer anstehenden Lebertransplantation

Zur Vorgeschichte verweise ich auf die Ihnen vorliegenden eigenen Krankenunterlagen aus denen hervorgeht, dass bereits seit 2003 eine nutritiv-toxische Leberzirrhose bekannt ist mit rezidivierender Ösophagus-Varizenblutung. Die Leber-Histologien aus 2003 und 2006 ergaben eine schwerwiegende Steatohepatitis mit ausgeprägter Leberfibrose.

Aktuell wurden auswärts in der Bildgebung eine komplette Leberzirrhose mit portaler Hypertension, Splenomegalie und Aszites-Bildung festgestellt.

Subjektiv berichtet der Patient über Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Leistungsknick.

und hausinternen Verlegungsbrief der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie:

an die weiterbehandelnden Kollegen der



Zentrum für Chirurgie

Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie

Komm. Direktor: Prof. Dr. med. A. Paul, MSc. FRCS
Oberarzt AC1: Priv.-Doz. Dr. med. F. S. [REDACTED], DEAA

Telefon +49-0201-723-1177
Telefax +49-0201-723-1196

Internet: <http://www.transplantation-clinic.de>

E-Mail: [REDACTED]

Verlegungsbericht

Datum: [REDACTED] 12

Patient:

S



Geburtsdatum:



Diagnosen:

Leberzirrhose nutritiv toxischer Genese mit Autoimmunphänomen

Z.n. Rez. Ösophagusvarizenblutung

Thrombose PA

Metabolisches Syndrom

Adipositas

Jeweils wird hier eine

„Leberzirrhose nutritiv toxischer Genese“

erwähnt.

Eine nutritiv-toxische Genese lässt jedoch keineswegs zwingend auf eine alkoholtoxisch bedingte Zirrhose schließen, da hierunter auch die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung fällt. So wird hinsichtlich der Ätiologie einer Leberzirrhose wie folgt differenziert:

„Ätiologie“

- **Alkoholtoxisch**
- Chronische Virushepatitis (B, C, D)
- NASH (Nicht-alkoholische Steatohepatitis), Fettleber, nutritiv-toxische Genese

- *Biliär (Primär sklerosierende Cholangitis (PSC), primär biliäre Zirrhose (PBC))*
- *Hämochromatose*
- *Andere Stoffwechselerkrankungen (Galaktosämie, Fruktose-Intoleranz, Glykogenosen, Morbus WILSON, α 1-Antitrypsinmangel*
- *nutritiv-toxisch*
- *Leberstauung z.B. bei Rechtsherzinsuffizienz (Zirrhose cardiaque)*
- *idiopathisch“*
(https://de.wikibooks.org/wiki/Innere_Medizin:_Leberzirrhose;
farbliche Hervorhebung durch Unterzeichner).

Hinzuweisen ist indessen darauf, dass bei dem Patienten mit dem oben abgebildeten Arztbrief vom ■■■■■ 2003 ebenfalls eine „Adipositas“ diagnostiziert wurde, welche bekanntlich eine der wichtigsten Ursachen für eine nicht-alkoholische Fettleber darstellt. Die Diagnose einer Leberzirrhose, welche sich aus einer nichtalkoholischen Steatohepatitis entwickelte, ist daher nachvollziehbar. Darüber hinaus wurde bei dem Patienten ET-Nr. ■■■■■ eine Autoimmunhepatitis diagnostiziert. Alkoholkonsum wurde allenfalls als zweiter Schlag(hit) erwähnt. Nach alledem lautete die Diagnose vor Anmeldung zu der Warteliste jedenfalls nicht vornehmlich auf eine alkohol-toxisch bedingte Zirrhose; folglich musste und durfte von einer solchen – wiederum auch unter besonderer Zugrundelegung der berechtigten und verständlichen Sicht des Patienten – nicht ausgegangen werden. Infolgedessen waren die in den – verfassungswidrigen – Richtlinien beinhalteten Einschränkungen betreffend die alkoholinduzierte Zirrhose auf den vorliegenden Fall schon gar nicht anwendbar.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die diesbezüglichen Vorgaben der Richtlinie eingehalten wurden, da sich das Universitätsklinikum Essen auf die Angaben der Vorbehandler – an denen auch retrospektiv keine Bedenken bestehen – betreffend die Alkoholabstinenz verlassen durfte. Anhaltspunkte für etwaige

Sorgfaltspflichtverletzungen seitens der Vorbehandler bestanden (und bestehen) nicht.

Zudem erfolgte bei diesem Patienten im Vorfeld eine neurologisch-psychiatrische Fachuntersuchung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die heimatnah durchgeführte, fachärztliche Begutachtung (FA für Psychiatrie und Psychotherapie) vom [REDACTED] 2012 beschreibt in der Anamnese eine seit 8 Jahren bestehende Alkoholkarenz:

*„Vor 8 Jahren sei eine Leberzirrhose festgestellt worden. ...
Damals habe er aber auch relativ viel Alkohol getrunken, sei
seither abstinert. Ein Abhängigkeitsproblem bestehe nicht.“*

Der Befund beschreibt dann – dazu passend – ein psychopathologisch in der Untersuchungssituation völlig unauffälliges Verhalten. Auch neurologisch werden Auffälligkeiten verneint:



**Praxis für Neurologie,
Psychiatrie und Psychotherapie**
Diagnostik, Therapie, Beratung, Begutachtung



Gemeinschaftspraxis * / Praxisgemeinschaft *

Dr. med. Klaus Sackenheim *12679
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim *12358
Dr. med. Boris Sevecke *2
Dr. med. Wolfgang Stein #124810

Fachärzte für
Neurologie 1
Psychiatrie & Psychotherapie 2
Psychotherapeutische Medizin 3
Physikalische - u. Rehabilitative Medizin 4
- Psychoanalyse - 5
- Verkehrsmedizin - 6
- Rehabilitationswesen - 7
- Geriatrie - 8
medizinischer Sachverständiger -cpu- 9
- ärztliches Qualitätsmanagement - 10

Dipl.-Psych. Dr. phil. Hans-Peter Brenner *
Psychologischer Psychotherapeut
Verhaltenstherapie, Hypnotherapie

NPZ- [redacted] Andernach

Herrn [redacted]

• S [redacted] K [redacted] * [redacted]
• W [redacted]

12 - [redacted] Zeichen: [redacted]

Sehr geehrter Herr Dr. [redacted]

Im Folgenden erlaube ich mir Ihnen als Hausarzt über die Konsultation bzw. Behandlung Ihres o.g. Pat. in der hiesigen Praxis zu berichten:

Diagnose/n:

Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
Organisches Psychosyndrom

Epikrise:

Leichte Belastungsminderung als erstes Zeichen einer organischen Hirnbeteiligung bei Leberzirrhose.
Sonst psychiatrisch und neurologisch unauffällig.
Zur Abklärung vor der Transplantation haben wir trotzdem noch ein EEG zum Ausschluss einer Allgemeinveränderung veranlasst. Darüber hinaus craniales MRT, bisher noch nicht durchgeführt.

Anamnese:

Vor 8 Jahren sei eine Leberzirrhose festgestellt worden. Ursache sei eine Autoimmunerkrankung. Damals habe er aber auch relativ viel Alkohol getrunken, sei seither abstinenter. Ein Abhängigkeitsproblem bestehe nicht. Auch Andere hätten nie ein Abhängigkeitsproblem gesehen. Jetzt komme er zur neurologischen Abklärung vor einer möglichen Lebertransplantation (Pat. legt eine LTX-Evaluations-Checkliste vor). Körperlich deutlich vermehrt ermüdbar, z.B. könne er jetzt nur noch [redacted] km mit dem Rad fahren, dies mit [redacted] Pausen. Früher sei er wesentlich leistungsfähiger gewesen. In seinem Beruf [redacted] könne er am Computer nur noch 4-5 Std. [redacted] sei dann müde. Früher habe 8-10 Std. am Stück arbeiten können. Sonst aber keine erfragbaren Einschränkungen der geistig-seelischen Belastbarkeit.

Befunde:

Psychopathologisch in der Untersuchungssituation völlig unauffällig. Neurologisch bei ausführlichem Untersuchungsgang unauffällig: Hirnnerven, Geh- und Stehversuche, Zeigerversuche, Reflex-Befunde, Sensibilität.

EEG (12A00083): Normales alpha-EEG ohne Allgemeinveränderungen, ohne Herdhinweise und ohne epileptische Potentiale.

Mit freundlichem Gruß

gez. Dr. med. W [redacted]

Die Listung erfolgte daraufhin am [REDACTED] 2012. Die nach den – verfassungswidrigen – Richtlinien gebotene Alkoholkarenz wurde somit beachtet. Weiterer Untersuchungen durch das Universitätsklinikum Essen bedurfte es zudem nicht, da keinerlei Anzeichen für das Unterbrechen der Alkoholkarenz zu erkennen waren.

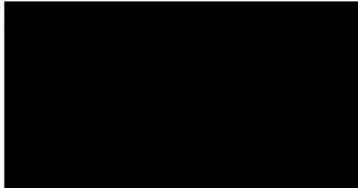
Insbesondere verschlechterten sich die Leberwerte des Patienten auch nicht. Vielmehr konnte im Rahmen der ambulanten Wiedervorstellung des Patienten Ende 2011 im Zentrum für Innere Medizin des Universitätsklinikums Essen sogar eine Verbesserung der Leberfunktionsparameter unter Alkoholabstinenz und Umstellung der Ernährungsgewohnheiten festgestellt werden, was ebenfalls deutlich gegen einen Alkoholkonsum spricht:

Universitätsklinikum Essen
Anstalt des öffentlichen Rechts



Universitätsklinikum I Essen Klinik für Gastroenterologie u. Hepatologie | 45122 Essen

Herrn



Universitätsklinikum Essen
Zentrum für Innere Medizin
Klinik für Gastroenterologie u. Hepatologie

Direktor: Prof. Dr. med. G. [redacted] G. [redacted]
Hufelandstr. 55, 45122 Essen
Telefon: 0201/723-3610/3611
Telefax: 0201/723-5971
E-Mail: [redacted]

Essen, [redacted] 2011 / [redacted]

D/ Herrn K. [redacted] [redacted]

Patient: Herr K. [redacted]
[redacted]

Sehr geehrter Herr Kollege [redacted]

hiermit berichte ich Ihnen über die ambulante Wiedervorstellung unseres o.g. gemeinsamen Patienten in meiner Klinik, zuletzt am [redacted] 2011.

- Diagnosen:
1. Bekannte komplette Leberzirrhose mit beginnender Dekompensation (Child B), am ehesten auf dem Boden einer nutritiv-toxischen Genese mit autoimmunologischem Hintergrund basierend auf der HLA-Typisierung (A1, B8 und DRB3 positiv)
 2. Portale Hypertension mit Splenomegalie
 3. Zustand nach rezidivierender Ösophagus-Varizenblutung mit Sklerosierungs- und Ligaturbehandlung
 4. Indikation zur Listung einer anstehenden Lebertransplantation
 5. Partielle hepatische Rekompensation unter absoluter Alkoholkarenz

Zur Vorgeschichte verweise ich auf meinen letzten Bericht vom [redacted] 2011. Jetzt erfolgte die elektive Wiedervorstellung im Langzeitverlauf. Anamnestisch berichtete der Patient über eine Alkoholkarenz seit ca. 8 Jahren sowie eine absolute Alkoholabstinenz seit ca. 1-2 Monaten.

Es bestand somit für die behandelnden Ärzte im Lebertransplantationszentrum des Universitätsklinikums Essen keinerlei Veranlassung, die von den Vorbehandlern konstatierte Alkoholabstinenz sowie die Verneinung eines Abhängigkeitsproblems in Zweifel zu ziehen. Die einschlägigen Leberfunktionsparameter stützten die Aussagen der Vorbehandler vielmehr. Nach alledem greift auch hier der Vertrauensgrundsatz im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung.

Jedenfalls aber – und darauf kommt es allein an – ergibt sich aus den Berichten der Vorbehandler und unter Zugrundelegung der Leberfunktionsparameter eine Alkoholabstinenz von mehr als 6 Monaten. Auch für diesen Fall ist mithin ein Richtlinienverstoß klar zu verneinen. Es erfolgte eine fachspezifische Feststellung heimatnah. 2012 sahen die Richtlinien kein anderes Vorgehen vor.

(5) Patientin ET-Nr. [REDACTED]

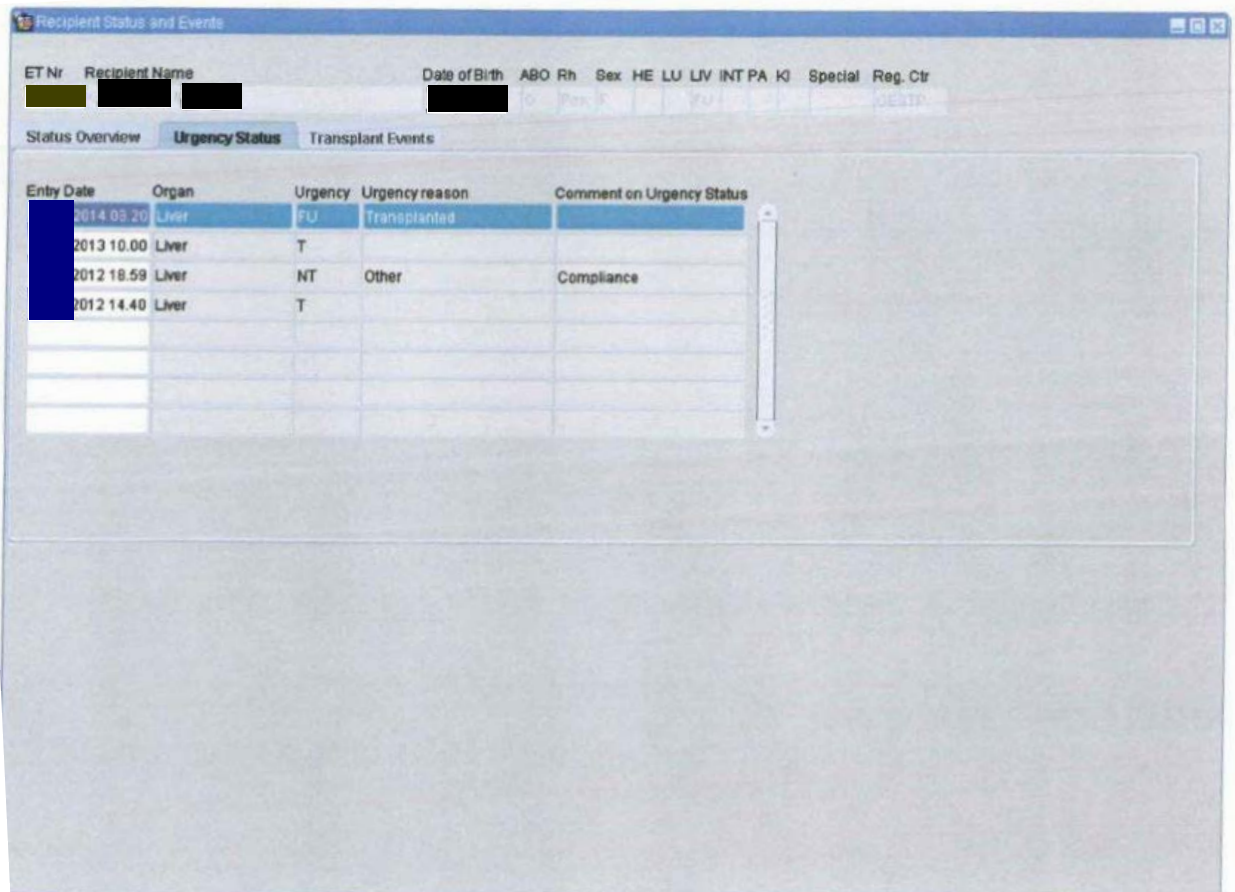
Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Die am [REDACTED] transplantierte Patientin ET-Nr. [REDACTED] litt an einer äthyltoxischen Leberzirrhose und wurde am [REDACTED] 2012 zur Warteliste angemeldet. Nachdem bereits am [REDACTED] 2012 ein Äthanoltest positiv verlief (die Patientin war zu diesem Zeitpunkt „T“ gemeldet), hätte eine weitere positive Befundung am [REDACTED] 2014 (0,03 %) dazu führen müssen, die Patientin zunächst von der Warteliste zu nehmen.“

Der vollständige Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] mit einer äthyltoxischen Leberzirrhose wurde wegen der erwarteten, fehlenden Teilnahme an einer Compliance-Gruppe am [REDACTED] 2012 „NT“ gemeldet. Die Teilnahme an der Compliance-Gruppe erfolgte daraufhin bis zum [REDACTED] 2013. Dabei wurde einmalig am [REDACTED] 2012 ein positiver Urin-EtG-

Befund erhoben. Zu diesem Zeitpunkt war – anders als dargestellt – die Patientin bereits „NT“ gelistet:



The screenshot shows a software window titled "Recipient Status and Events". At the top, there are fields for "ET Nr.", "Recipient Name", "Date of Birth", "ABO Rh", "Sex", "HE", "LU", "LIV", "INT PA", "KI", "Special", and "Reg. Ctr". Below these fields are three tabs: "Status Overview", "Urgency Status", and "Transplant Events". The "Urgency Status" tab is selected, displaying a table with the following columns: "Entry Date", "Organ", "Urgency", "Urgency reason", and "Comment on Urgency Status".

Entry Date	Organ	Urgency	Urgency reason	Comment on Urgency Status
2014 03 20	Liver	FU	Transplanted	
2013 10 00	Liver	T		
2012 10 59	Liver	NT	Other	Compliance
2012 14 40	Liver	T		

Nach insgesamt erfolgreicher Teilnahme an der Compliance-Gruppe und nach 6-monatiger Abstinenz (weitere Kontrollen waren negativ) wurde die Patientin am [REDACTED] 2013 wieder „T“ gelistet. Eine Haaranalyse ([REDACTED] 2013) war durchgeführt worden und negativ:

M [REDACTED] E [REDACTED]

Betreff: WG: Haarproben

Von: Dr. M [REDACTED] B [REDACTED]
Gesendet: Donnerstag, [REDACTED] 2013 14:20
An: M [REDACTED], [REDACTED]
Betreff: Haarproben

Hallo Frau M [REDACTED],

die Haarprobe von

- [REDACTED] war negativ für EtG (Cutoff 7 pg/mg Haar)

Viele Grüße

M [REDACTED] B [REDACTED]

Dieses Ergebnis deckte sich mit dem psychosomatischen Konsil, durchgeführt im LVR-Klinikum Essen, vom [REDACTED] 2013:

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN
LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

LVR-Klinikum Essen
Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. W. [REDACTED]

LVR-Klinikum Essen · Postfach 10 30 43 · 45030 Essen

Universitätsklinikum Essen
Lebertransplantationsambulanz
Herrn Dr. Ch. K. [REDACTED]
OPZ II
- hier -

Datum und Zeichen bitte stets angeben
[REDACTED] 2013
Herr S. [REDACTED]

Tel.: (02 01) 8707-521
Fax: (02 01) 8707-505

N./ Universitätsklinikum Essen, Transplantationszentrale DSO, Frau [REDACTED] OPZ II, hier

Frau I. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Vertrauliche Information
Nur zur Information des Arztes!
Weitergabe nicht gestattet.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über der/die oben genannte Patientin, die vom [REDACTED] 2012 bis [REDACTED] 2013 erfolgreich an unserer Compliancegruppe für Patienten mit äthyltoxisch bedingter Leberzirrhose vor Lebertransplantation teilgenommen hat. Der/die Pat. brachte sich konstruktiv in die Gruppe ein und schien von den Inhalten zu profitieren. In den regelmäßig gemessenen Atemalkoholwerten und den Messungen mit Äthylglukuronid im Urin ergab sich ein **positiver** Befund vom [REDACTED] 12. Am [REDACTED] 13 wurde zur Kontrolle eine Haarprobe entnommen, sollte dieser Wert negativ sein sehen wir keine Abhaltungen mehr vor Lebertransplantation.

Für telefonische Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
[REDACTED]
[REDACTED] S.
Assistenzarzt der Klinik

[Handwritten signature]

Wie bereits zuvor dargestellt, war der Wert der im [REDACTED] 2013 entnommenen Haarprobe negativ. Im Übrigen bestätigte die LVR-Klinik Essen durch kompetente Fachärzte eine mehr als 6-monatige Alkoholabstinenz. Aufgrund des Vertrauensgrundsatzes im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung durften sich die behandelnden Ärzte des Lebertransplantationszentrums hierauf verlassen. Anhaltspunkte für etwaige Sorgfaltspflichtverletzungen seitens des LVR bestanden (und bestehen) nicht.

Bei einer Kontrolle des Blutalkoholspiegels anlässlich einer ambulanten Vorstellung wurde einmalig am [REDACTED] 2014 ein Alkoholspiegel von 0,03‰ (Promille) gemessen.



Die im Bericht der Prüfungs- und Überwachungskommission gemachte Angabe 0,03% (*Prozent*) ist inkorrekt.

Da es sich um einen absolut grenzwertigen Befund – 0,03‰ – können viele Ursachen außerhalb eines typischen oralen Alkoholkonsums haben – handelte, wurde am [REDACTED] 2014 (unangekündigt) eine Urin-EtG-Bestimmung durchgeführt, welche negativ war, wie auch alle weiteren Werte bis zum Transplantationszeitpunkt am [REDACTED] 2014 negativ waren:

EtG-Befund vom [REDACTED] 2014:

MVZ Labor Dessau GmbH

Geschäftsführer:

Dr. med. J. [REDACTED] B. [REDACTED]

Bauhüttenstraße 6, 06847 Dessau



Drogen- und
Medikamentenanalytik

Dr. [REDACTED]

Telefon : 0340/5405372

Funk : 0162/9071483

Universität Essen
Kl.f.Chirurgie, Leber-TX-Ambulanz

Hufelandstrasse 55

45122 Essen

=====

Befundbericht

- Endbefund -

=====

Blatt 1

Name des Patienten:	Gesch. Geburtsdatum:	Kasse:	Eingangsdatum / Tagesnummer:
I. [REDACTED]	W. [REDACTED]	S. [REDACTED]	[REDACTED] 2014 / [REDACTED]
Id-Nr. [REDACTED]	Ext.-Nr. [REDACTED]		Befundausgang [REDACTED] 14

Material: Spontanurin

Perianalytik:	unauffällig			
Kreatinin:	32	mg/dl	(> 20	)
Marker des Alkoholmißbrauchs				
Ethylglucuronid i.U. (LC/MS-MS)	negativ	mg/l	(< 0.5	)
Quantifizierung/Bestätigungsanalyse				
Messwert:	<0.05	mg/l	(NWG: 0.05	)
EtG/Kreatinin-Quotient:	nicht bestimmbar			
Ethylsulfat i.U. (LC/MS-MS):	negativ	mg/l	(< 0.1	)
Ethylsulfat-Messwert:	<0.05	mg/l	(NWG: 0.05	)

Mit kollegialem Gruß
Dr. B. [REDACTED]

Befund medizinisch validiert

Anmerkung:

1) Befund am [REDACTED] 2014 [REDACTED] als Fax übermittelt!

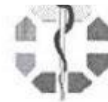
EtG-Befund des Zentrallabor UK Essen vom [REDACTED] 2014:

ZENTRALLABOR UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN

Leiter: Dr. med. L. [REDACTED] V. [REDACTED]

Hufelandstr. 55, 45147 Essen

Tel.: ++49 (0)201-723-2301 Fax: -5052 e-mail: Zentrallabor@uk-essen.de



Befundbericht

#AC	#AC	#AC	#AC	#AC	#AC	
Routine fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Notfall fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Routine fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Notfall fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Routine fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Notfall fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Auftragsnummer Eingangsdatum Abnahmedatum* Dringlichkeit Facheinsender Kostenträger Abrechnungsart
11.11 +		10.37 +		8.15		Hämatologie Leukozyten 3,6 - 9,2 /nl Erythrozyten 3,9 - 5,1 /pl Hämoglobin 12,0 - 15,2 g/dl Hämatokrit 0,37 - 0,46 l/l MCV 85 - 98 fl MCH 28 - 33 pg MCHC 32 - 35 g/dl Thrombozyten 180 - 380 /nl MPV 9,2 - 12,9 fl
4.04		4.10		4.14		Gerinnung TPZ (Quick-Wert) 70 - 130 % TPZ (Quick-Wert) 70 - 130 % INR INR aPTT 24,4 - 32,4 sec aPTT 24,4 - 32,4 sec
13.6		13.5		13.6		Klinische Chemie Natrium 136 - 145 mmol/l Kalium 3,5 - 5,1 mmol/l S-Kreatinin 0,6 - 1,1 mg/dl Harnstoff-N 6 - 19,8 mg/dl Harnsäure 2,6 - 6,0 mg/dl Bilirubin (gesamt) 0,3 - 1,2 mg/dl GOT (ASAT) 0 - <35 U/l GPT (ALAT) - <35 U/l GGT - <35 U/l LDH 120 - 247 U/l Cholinesterase 4,9 - 11,9 U/ml Gesamt-Eiweiß 6,4 - 8,3 g/dl CRP - <0,5 mg/dl Ethanol (umg. auf Blutalkohol) - 0,012 ‰
0.387		0.401		0.401		Blutzucker Glukose (Serum) 74 - 109 mg/dl Glukose (Serum) (SI-Einheit) 4,11 - 6,05 mmol/l
95.8		97.8		96.9		Urin Geschätzte GFR (MDRD) ml/min/1,73m
33.7 +		32.9		32.9		
35.1 +		33.7		33.9		
212		170 -		190		
10.5		10.8		10.8		
107		95		95		
0.98		1.02		1.02		
27.2		28.2		27.8		
135 -		139		139		
5.2 +		5.7 +		5.6 +		
1.22 +		1.12 +		1.31 +		
36.0 +		25.0 +		36.0 +		
3.1		2.9		2.9		
1.1		1.1		1.2		
27		23		24		
23		19		19		
171 ++		138 ++		108 ++		
171		165		158		
9.0		8.6		8.7		
7.47		6.91		7.13		
<0.5		0.6 +		<0.5		
	0.01		0.03 +		0	
98		100		96		
5.44		5.55		5.33		
49.0		54.0		45.0		
Bemerkungen						



EtG-Befund Zentrallabor UK Essen vom [REDACTED] 2014:

ZENTRALLABOR UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN

Leiter: Dr. med. L. [REDACTED]

Hufelandstr. 55, 45147 Essen

Tel.: ++49 (0)201-723-2301 Fax: -5052 e-mail: Zentrallabor@uk-essen.de

Befundbericht

#AC	#AC	#AC	#AC	#AC	#AC	Einsender	Auftragsnummer	Eingangsdatum	Abnahmedatum*	Dringlichkeit	Facheinsender	Kostenträger	Abrechnungsart
Routine fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Notfall fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Routine fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Notfall fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Routine fAC-LTX-PR Kasse K-AR57	Notfall fAC-LTX-PR Kasse K-AR57								
10.37 +		8.15		10.77 +		Hämatologie							
4.10		4.14		4.02		Leukozyten	3,6 - 9,2	/nl					
13.5		13.6		13.2		Erythrozyten	3,9 - 5,1	/pl					
0.401		0.401		0.378		Hämoglobin	12,0 - 15,2	g/dl					
97.8		96.9		94.0		Hämatokrit	0,37 - 0,46	l/l					
32.9		32.9		32.8		MCV	85 - 98	fl					
33.7		33.9		34.9		MCH	28 - 33	pg					
170 -		190		186		MCHC	32 - 35	g/dl					
10.8		10.8		10.8		Thrombozyten	180 - 380	/nl					
						MPV	9,2 - 12,9	fl					
						Gerinnung							
95		95		94		TPZ (Quick-Wert)	70 - 130	%					
1.02		1.02		1.03		INR							
28.2		27.8		27.9		aPTT	24,4 - 32,4	sec					
						Klinische Chemie							
139		139		137		Natrium	136 - 145	mmol/l					
5.7 +		5.6 +		5.0		Kalium	3,5 - 5,1	mmol/l					
1.12 +		1.31 +		1.22 +		S-Kreatinin	0,6 - 1,1	mg/dl					
25.0 +		36.0 +		33.0 +		Harnstoff-N	6 - 19,8	mg/dl					
2.9		2.9		2.9		Harnsäure	2,6 - 6,0	mg/dl					
1.1		1.2		1.2		Bilirubin (gesamt)	0,3 - 1,2	mg/dl					
23		24		20		GOT (ASAT)	0 - <35	U/l					
19		19		18		GPT (ALAT)	- <35	U/l					
138 ++		108 ++		106 ++		GGT	- <35	U/l					
165		158		181		LDH	120 - 247	U/l					
8.6		8.7		7.6		Cholinesterase	4,9 - 11,9	U/ml					
6.91		7.13		7.28		Gesamt-Eiweiß	6,4 - 8,3	g/dl					
0.6 +		<0.5		0.8 +		CRP	- <0,5	mg/dl					
	0.03 +					Ethanol (umg. auf Blutalkohol)	- 0,012	°/oo					
						Proteine							
				261 +		Ferritin	17 - 237	µg/l					
						Blutzucker							
100		96		97		Glukose (Serum)	74 - 109	mg/dl					
5.55		5.33		5.38		Glukose (Serum) (SI-Einheit)	4,11 - 6,05	mmol/l					
						Urin							
54.0		45.0		48.0		Geschätzte GFR (MDRD)		ml/min/1,73m					
- Bemerkungen													

TR [REDACTED]

O [REDACTED]
Geburtsdatum: [REDACTED]

Druckzeit: [REDACTED]

Seite 1 von 2 KUMULATIV ABSCHLUSBERICHT



Befundbericht MVZ Labor Dessau vom [REDACTED] 2014:

MVZ Labor Dessau GmbH

Geschäftsführer:

Dr. med. J. [REDACTED]

B. [REDACTED]

Bauhüttenstraße 6, 06847 Dessau



Drogen- und
Medikamentenanalytik

Dr. rer. medic. M. B. [REDACTED]

Telefon : 0340/5405372

Funk : 0162/9071483

Universität Essen
Kl.f.Chirurgie, Leber-TX-Ambulanz

Hufelandstrasse 55

45122 Essen

=====
Befundbericht
- Endbefund -
=====
Blatt 1

Name des Patienten:	Gesch. Geburtsdatum:	Kasse:	Eingangsdatum / Tagesnummer:
I. [REDACTED]	W. [REDACTED]	S.	[REDACTED] 2014 / [REDACTED]
ID-Nr.: [REDACTED]	Ext.-Nr.: [REDACTED]		Befundausgang: [REDACTED] 14

Material: Spontanurin

Perianalytik:	unauffällig		
Kreatinin:	28	mg/dl	(> 20)
Marker des Alkoholmißbrauchs			
Ethylglucuronid i.U. (LC/MS-MS)	negativ	mg/l	(< 0,5)
Quantifizierung/Bestätigungsanalyse			
Messwert:	<0.05	mg/l	(NWG: 0.05)
EtG/Kreatinin-Quotient:	nicht bestimmbar		
Ethylsulfat i.U. (LC/MS-MS):	negativ	mg/l	(< 0,1)
Ethylsulfat-Messwert:	<0.05	mg/l	(NWG: 0.05)

Befund medizinisch validiert

Mit kollegialem Gruß
Dr. [REDACTED]

Anmerkung:

1) Befund am [REDACTED] 2014 [REDACTED] als Fax übermittelt!

Die Patientin wurde im Listungszeitraum mehrfach psychosomatisch untersucht, hat erfolgreich an einer Compliance-Gruppe teilgenommen, hatte zahlreiche (seinerzeit nicht durch die Richtlinien vorgegebene) Urin-EtG-Untersuchungen und Blutalkoholbestimmungen und wurde besonders gründlich evaluiert und therapeutisch begleitet und insgesamt 5-Mal in der interdisziplinären Transplantationskonferenz (mit psychosomatischer Beteiligung) besprochen.

Ein Richtlinienverstoß ist also in aller Deutlichkeit zu verneinen!

(6) Patientin ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Die am [REDACTED] transplantierte Patientin ET-Nr. [REDACTED] wurde am [REDACTED] 2011 zur Warteliste angemeldet. Ein psychosomatisches Protokoll vom [REDACTED] 2011 hatte einen Rückfall vor zwei bis drei Monaten zum Gegenstand, empfahl die Teilnahme an einer Compliance-Gruppe und eine Suchttherapie. Das Protokoll der Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2011 enthält keine Feststellungen zur Abstinenz und Compliance. Die daraufhin erfolgende Meldung vom [REDACTED] 2011 stellt einen Richtlinienverstoß dar.“

Auch hier stellt sich der vollständige Sachverhalt anders dar:

Wie dargestellt, wurde die Patientin ET-Nr. [REDACTED] nach nur knapp 3-monatiger Alkoholkarenz gelistet. Zu diesem Zeitpunkt war die junge, alleinerziehende Mutter [REDACTED] kleiner Kinder lebensbedrohlich dekompenziert (Bilirubin 27.4 mg/dl, Kreatinin 1.19 mg/dl bei geringster Muskelmasse, INR 2.25), so dass die Transplantationskonferenz bei möglicherweise weiter drohender Verschlechterung davon ausgehen musste, dass die junge Frau unmittelbar vom Tode bedroht sein werde.

Protokoll der Transplantationskonferenz vom 2011:

Tx-Konferenz-Protokoll 2011

PD Dr. AC2

BG rh: Akte VWL ☐

Gewicht: Größe: BMI:

Bilirubin: Kreatinin: INR: Lab MELD: AFP: 0

GE: äthyltoxische Zirrhose, dekompensiert, stat AC2Toxoplasmosebld. V 1.1>IgG 230
 IE/mlLabor: Bilirubin 27.4mg/dl, Kreatinin 1.19mg/dl, INR 2.25, CA 19-9 262 U/ml, CA 125
 267 U/mlBeschluss der Konferenz: Listung

Listung

An der Transplantationskonferenz hatte auch Frau Prof. teilgenommen, die sich bereits im Jahre 2007 oder 2008 im Fach „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ mit der Habilitationsschrift: „Optimierung der psychosomatischen Diagnostik und der supportiv-psychoedukativen Psychotherapie bei Lebertransplantation und Leberlebendspende“ – also im Kernbereich der Fragestellung schlechthin – habilitiert hatte. Sie sah hier – wie auch in dem am 2011 ausgestellten Konsil – zwar bezüglich der Dauer der Abstinenz und der Krankheitseinsicht eine formale Abhaltung, attestierte aber „hohe Motivation und Compliance“ und befürwortete eine Entscheidung „vor allem unter medizinischen Aspekten“:



An die

PSYCHOSOMATIK

Klinik

des Universitätsklinikum Essen

Ich bitte um Mituntersuchung des/der Patienten/in

K

*

Krb.-Nr.:

auf der Station

AC-2

/ in ihrer Ambulanz.

Vorgeschichte:

C₂-INDUZIERTER LEBERZIRRHOSE

Bisherige Befunde und Diagnose:

VOR CA.

RÜCKFÄLLIGKEIT.

MELD 27; ASZITIS, AUSGEPRAGTER IKTERUS

Unsere Fragestellung:

ABHALTUNG VON EINER LEBERTRANS-
PLANTATION VON PSYCHOSOMATISCHER SEITE?
IST COMPLIANCE ZU ERWARTEN?

Klinik

Essen, den

11

Konsarzt

Bericht des Konsiliarius

Befunde: diagnost. alkoholtox. Lebercirrhose → ~ 1 1/2 Jahre Karant
jedoch keine Suchttherapie erfolgt → vor 23 Monaten: Rückfall von
Aszites, Ikterus, ... & Entzugssymptomatik, & ausgeprägter hirnorgan. Sympt.
Beurteilung: & weiteren psychischen Erkrankungen. Soziale Einbindung.

Am psychosomat. Bild bestehen gewisse Abhaltungsprobleme:
* keine 6-monatige Abstinenz; * wenig Krankheitseinsicht

Vorschläge: jedoch aktuell: sehr motiviert und compliant.

(über Compliance im Vorfeld gibt es keine Infos)

Entscheidung für Transplantat auf Basis v.a. unter mediz. Aspekten
erfassen

Bis dahin: Empfehlung Compliance fördern
+ Suchttherapie

Essen, den

11

Unterschrift des Konsiliarius:

Name in Druckschrift:

Erreichbar über: Brieft / Tel:

DR. med. C. S.

Diese Entscheidung wurde entsprechend und dieser Argumentation folgend in der interdisziplinären Transplantationskonferenz am ■■■■■ 2011 getroffen.

Dieses Vorgehen entsprach der seinerzeit üblichen Interpretation der Richtlinien im besonderen Ausnahmefall, der hier ganz offensichtlich vorlag. Insoweit wird auf die bereits benannte Regelung in Notfällen beim Vorliegen einer lebensbedrohlichen Situation verwiesen.

Der Gesundheitszustand der Patientin besserte sich im Verlauf unter konservativer Therapie. Eine Suchtbehandlung und die spätere Teilnahme an der Compliance-Gruppe konnten im Übrigen noch vor der Transplantation erfolgreich beendet werden, wobei über den diesbezüglichen stationären Aufenthalt momentan lediglich eine „Aufenthaltsbescheinigung“ zur Verfügung steht:

Flödner Krankenhaus

Flödner Krankenhaus, Thunesweg 58, 40885 Ratingen

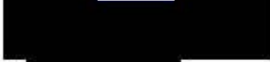
Flödner Krankenhaus
Thunesweg 58
40885 Ratingen

IK-Nr. 
Datum:  2011

Aufenthaltsbescheinigung

Fall-Nr.	Aufn.-Datum	Aufn.-Zeit	Fachabteilung / § 301
	 2011		

Name, Anschrift des Patienten, Geb.Datum

K 

* 

Einweisender Arzt



Einweisendes Krankenhaus

IK-Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

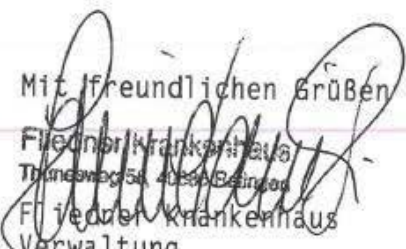
wir bescheinigen, daß sich die vorgenannte Patientin seit dem  2011

☐ bis auf weiteres

☒ bis zum:  2011

in unserem Hause zur ~~teil-~~/vollstationären Behandlung ~~befindet~~/befand.

Mit freundlichen Grüßen


Flödner Krankenhaus
Thunesweg 58, 40885 Ratingen
Flödner Krankenhaus
Verwaltung

Die Vorgehensweise stellt eine berechtigte – und unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten vielleicht geradezu gebotene – Abweichung von den – verfassungswidrigen – Richtlinien dar. Von einem Richtlinienverstoß kann keine Rede sein!

(7) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Der am [REDACTED] transplantierte Patient ET-Nr. [REDACTED] wurde am [REDACTED] 2012 zur Warteliste angemeldet. Aus den psychosomatischen Konsilen vom [REDACTED] 2009 und [REDACTED] 2010 ergibt sich ein anhaltender Alkoholkonsum des Patienten sowie eine Entzugsbehandlung mit Rückfall. Ein weiteres Konsil vom [REDACTED] 2011 machte eine Listung von der Einholung einer Haarprobe, einer Einbeziehung des Hausarztes und weiterer Feststellungen der Transplantationsambulanz abhängig. Es ist nicht ersichtlich, dass derartige Maßnahmen erfolgt sind, so dass die Meldung am [REDACTED] 2012 verfrüht ist.“

Nach dem vorstehenden Sachverhalt wäre der Patient erst *nach* erfolgreicher Transplantation zur Warteliste angemeldet worden. Das ist unzutreffend. Der Sachverhalt stellt sich wie folgt dar:

Der Patient wurde am [REDACTED] 2012 – also *vor*, und nicht erst einen Tag *nach* der Transplantation – „T“ gelistet:

TRANSPLANTATIONSZENTRUM

GESTP

Meldungen zur Transplantation

Leber

IDENTIFIKATION

Name	:	P
Vorname	:	
Geburtsname	:	
Geburtsdatum	:	
Geschlecht	:	m
Strasse	:	
PLZ / Wohnort / Bundesland	:	

KRANKENKASSE

Name	:	BKK
Strasse	:	
PLZ / Ort	:	
IK-Nr:	:	
VK-NR:	:	
Versicherungsart	:	KM
Versicherungsnummer	:	

REGISTRIERUNG WARTELISTE

Registrierung ET am	:	2012
ET-NUMMER	:	
Grunderkrankung	:	äthyltoxische Zirrhose chron Hep C
Anmeldung Warteliste	:	2012
Abmeldung Warteliste	:	

TRANSPLANTATION

Datum	:	
Herkunft	:	
Entnahme durch	:	
LSP / Verwandtschaftsgrad	:	
Donor- Nr	:	

 2012
Datum


Unterschrift

Bei dem Patienten lagen sowohl eine Hepatitis C als auch – zusätzlich – eine äthyltoxisch bedingte Leberzirrhose vor und es bestanden zunächst, trotz andersartiger Angaben durch den Patienten, Zweifel an der Abstinenz. Zuletzt war eine Haarprobe am  2011 positiv.



Danach konnte jedoch kein Ethanol mehr im Blut nachgewiesen werden:

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN Zentrallabor		Einzel - Befund (medico//s)		Druck-Datum: 2016 Zeit: Seite: 01	
Name: P	Fall-Nummer:	Abrechnungstyp: A			
Vorname E	Pat.Nr.:	Abrechnungsart: AKV-HERZ			
Geburtsdatum:	Auftrags-Nr.:	Kostenträgertyp: / K			
Geschlecht: M	Auft. D./Z.:				
aktuelle Station/Fachrichtung: #AC = Ambulanz Allgemeine Chirurgie / AC Sprechstunde LTX prä					
aufn. Station/Fachrichtung: Ambulanz Allgemeine Chirurgie / AC Sprechstunde LTX prä					

Methode	Resultat	Flag	Einheit	Referenzbereich
Klinische Chemie				
Ethanol (S)	0		‰	0,012

Die Listung erfolgte daher 6 Monate nach der letzten positiv getesteten Haarprobe. Die Vorgaben der Richtlinie, insbesondere die 6-monatige Alkoholabstinenz vor Listung, wurden mithin eingehalten.

Zum Zeitpunkt der so getroffenen Entscheidung der interdisziplinären Transplantationskonferenz am 2012 hatte der Patient einen labMELD von 26 (Bilirubin 7.2 mg/dl, Kreatinin 1.64 mg/dl, INR 1.87) und musste erneut stationär behandelt werden.

Protokoll der Transplantationskonferenz vom 2012:

Tx-Konferenz-Protokoll		2012	
Dr. H		MZ-Tx	
P	E	*	BG rh: Akte VWL ☐
Gewicht:	Größe:	BMI:	
Bilirubin:	Kreatinin:	INR:	Lab MELD: AFP: 0
WV v 11>GE: äthyltoxische Zirrhose, chron Hep C, Vorstellung durch Psychosomatik>Pat ist nicht compliant, erscheint unregelmäßig in Ambulanzen, erbringt keinen ETG-Nachweis 09/11> Anruf Dr.F (Psychosomatik) am 11>ETG Ergebnis: 233 pg EtG/mg Haar (Cutoff 7pg/mg Haar)Procedere: Listungsvoraussetzung ist erfolgreiche CompliancegruppenteilnahmeWV Psycho 11WV ACP 11>Meld 23WV 12>Meld 26Labor: Bilirubin 7.2mg/dl, Kreatinin 1.64mg/dl, INR 1.87WV 12>Beschluss der Konferenz: Pat wird zur weiteren LTx Evaluation stationär aufgenommen, erneute Listung, BG erhalten, Meld 24			
Listung			

Eine häufig in diesen Fällen beobachtete Besserung des Gesundheitszustandes bei kompletter Alkoholkarenz trat offensichtlich wegen der gleichzeitig bestehenden aktiven Hepatitis C-Infektion nicht ein.

Somit war das 6-Monate-Abstinenzkriterium erfüllt. Auch hier liegt kein Richtlinienverstoß vor.

(8) Patientin ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch die Listung der am [REDACTED] Patientin ET-Nr. [REDACTED] am [REDACTED] 2012 ist erfolgt, ohne dass zuvor die Frage einer sechsmonatigen Alkoholkarenz ausreichend abgeklärt wurde. Psychologische Konsile vom [REDACTED] [REDACTED] 2011 und [REDACTED] 2012 weisen darauf hin, dass aus den Gesprächen mit der Patientin selbst keine Rückschlüsse auf ihre Abstinenz zu ziehen seien. Das Konsil vom [REDACTED] 2011 teilt mit, der Ehemann habe angegeben, dass die Patientin bis [REDACTED] 2011 ggf. bis zum [REDACTED] 2011 einen langjährigen Alkoholabusus betrieben habe. Das Konsil vom [REDACTED] 2012 geht von einer glaubhaften Versicherung des Ehemannes aus, dass Abstinenz seit [REDACTED] 2011 bestehe. Bereits aufgrund dieser Widersprüchlichkeiten hätte es weiterer Aufklärung bedurft.“

Der vollständige Sachverhalt stellt sich richtigerweise wie folgt dar:

Die Patientin mit der ET-Nr. [REDACTED] wurde am [REDACTED] 2012 richtlinienkonform nach mindestens 6-monatiger Alkoholkarenz gelistet und am [REDACTED] – der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission nimmt fälschlicherweise den [REDACTED] als Transplantationsdatum an – transplantiert. Bei der Patientin musste vielmehr diskutiert werden, ob die eingeschränkte cerebrale Leistungsfähigkeit als

Ausdruck rezidivierender Phasen einer hepatischen Enzephalopathie oder als Zeichen einer beginnenden Demenz zu werten waren. Dieses wurde u.a. und hinreichend durch die fachneurologische Beurteilung der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Essen vom ■■■■■ 2012 beurteilt. Diese schloss das Vorliegen einer Demenzerkrankung aus.

Neurologisches Konsil vom ■■■■■ 2012:



Universitätsklinikum Essen

Klinik für Neurologie



Anfang



Klinik für Neurologie Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Herrn

Prof. Dr. med. Gerken
Direktor der Klinik für Gastroenterologie
und Hepatologie

- im Hause -

Ihr Ansprechpartner (Durchwahl)

Mein Zeichen Datum

2012

N. [redacted] geb. [redacted]

Sehr geehrter Herr Kollege Gerken,

wir berichten über o. g. Patientin, die ich heute konsiliarisch in Ihrem
Auftrag untersucht habe.

Diagnosen:

1. Äthyltoxische Leberzirrhose
2. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, klinisch und neuropsychologisch keine harten Anhaltspunkte auf das Vorliegen einer Demenzerkrankung

Grund der Konsultation sind seit [redacted] 2011 bestehende, sowohl im Tagesvergleich als auch Tagesverlauf deutlich fluktuierende Störungen der Konzentration und des Kurzzeitgedächtnisses. Räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen werden nicht beklagt. Der mit zur Untersuchung erscheinende [redacted]

In einer explorierenden neuropsychologischen Untersuchung mittels Mini-Mental-State-Examination-Test und Uhrentest fielen bei Frau N. [redacted] vom Verhalten her deutliche Konzentrationsschwankungen auf, wobei sie in der Lage war, die von ihr durchgeführten Fehlleistungen selbständig zu korrigieren. Im Mini-Mental-State-Examination-Test erzielte sie 28 von 30 möglichen Punkten; bei korrekter Benennung des Datums (einschl. Tag des Monats) wurde die Jahreszeit falsch benannt; in der Gedächtnisprüfung zudem einer von drei Begriffen nicht korrekt erinnert. Im Uhrentest erzielte Frau N. [redacted] bei zunächst von ihr selbst bemerkten Flüchtigkeitsfehlern 6 von 6 möglichen Punkten.

Direktor

Prof. Dr. med.
H.C. Diener FAHA, FAAN
Tel. 0201/ 723-2461
Fax 0201/ 723-5901

Lehrstuhl für vaskuläre
Neurologie, Demenz
Prof. Dr. med.
D.M. Hermann
Tel. 0201/ 723-2180

Experimentelle Neurologie
Prof. Dr. med.
D. Timmann-Braun
Tel. 0201-723-6508

Leitende Oberärzte
Dr. med. O. Kastrup
Tel. 0201/ 723-6502
Prof. Dr. med. C. Weimar
Tel. 0201/ 723-6504

Oberärzte

PD Dr. med. M. Frings
Tel. 0201/ 723-6504
PD Dr. med. M. Gerwig
Tel. 0201/ 723-6512
PD Dr. med. M. Obermann
Tel. 0201/ 723-6518
Dr. med. S. Koeppen
Tel. 0201/ 723-6518
Dr. med. P. Mummel
(Intensivstation)
Tel. 0201/ 723-2585
Dr. med. K. Rabe
(Kopfschmerzzentrum)
Tel. 0201/ 4369610

Stationäre Aufnahmen

Tel. 0201/ 723-2267
Notfall-Aufnahmen
Tel. 0201/ 723-84368

Stroke Unit

Tel. 0201/ 723-84368
Tel. 0201/ 723-6350

Allgemeine Ambulanz

Tel. 0201/ 723-6302

Privatambulanz

Tel. 0201/ 723-2461

Spezialambulanzen:

Bewegungsstörungen,
Parkinson, Dystonie, Ataxie
Tel. 0201/ 723-6302

Demenz
Tel. 0201/ 723-2180

Epilepsie
Tel. 0201/ 723-6302

Multiple Sklerose
Tel. 0201/ 723-6302

Neuro-AIDS
Tel. 0201/ 723-2385

Neuromuskuläre Erkrankungen /
EMG
Tel. 0201/ 723-6302 / -6527

Neurovaskuläre Erkrankungen /
Doppler
Tel. 0201/ 723-6302 / -6523/6528

Schmerzambulanz
Tel. 0201/ 723-2010

Schwindel-Zentrum
Tel. 0201/ 723-83180

Westdeutsches
Kopfschmerzzentrum
Tel. 0201/ 436960

Klinik für Neurologie: www.uni-due.de/neurologieWestdeutsches Kopfschmerzzentrum: www.westdeutsches.kopfschmerzzentrum.de

Das 6-Monate Abstinenzkriterium war nach dem psychosomatischen Konsil vom [redacted] 2012 glaubhaft erfüllt:



UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN
LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

LVR
Qualität für Menschen
LVR-Klinikverbund

LVR-Klinikum Essen · Postfach 10 30 43 · 45030 Essen
Universitätsklinikum Essen
Station M9
- hier -

Datum und Zeichen bitte stets angeben
2012
P. [REDACTED]


Anfang

Klinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang [REDACTED]

Tel (0201) 7227 521
Fax (0201) 7227 305

Universitätsklinikum Essen, Transplantationszentrale DSO, OPZ II, z. H. Frau [REDACTED] - hier -

N [REDACTED] I [REDACTED] * [REDACTED]
[REDACTED]

Vertrauliche Information
Nur zur Information des Arztes!
Weitergabe nicht gestattet.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

nachfolgend berichten wir Ihnen über die o. g. Pat., die sich am [REDACTED] 2012 zur Evaluation vor anstehender Lebertransplantation in der Ambulanz unserer Klinik vorstellte.

Somatische Diagnosen: Alkoholische Leberzirrhose
(ICD-10: K70)

Beurteilung: Wir weisen darauf hin, dass die Pat. bereits am 17.11.2011 von unserer Seite aus evaluiert wurde. Wir dürfen freundlicherweise die Informationen zur aktuellen Lebenssituation, zu biographischen Daten, zum bisherigen Bewältigungsverhalten und zur Compliance als bekannt voraussetzen. Auch bei erneuter Evaluation der Pat. fiel der kognitive Abbau auf. Dieser erscheint dringend abklärungsbedürftig. Eine diagnostische Abklärung könnte z. B. bei Frau Dr. M. [REDACTED] an der LVR-Klinik Düsseldorf erfolgen. Aus den Gesprächen mit der Pat. sind keine Rückschlüsse bezüglich der Abstinenz zu ziehen.

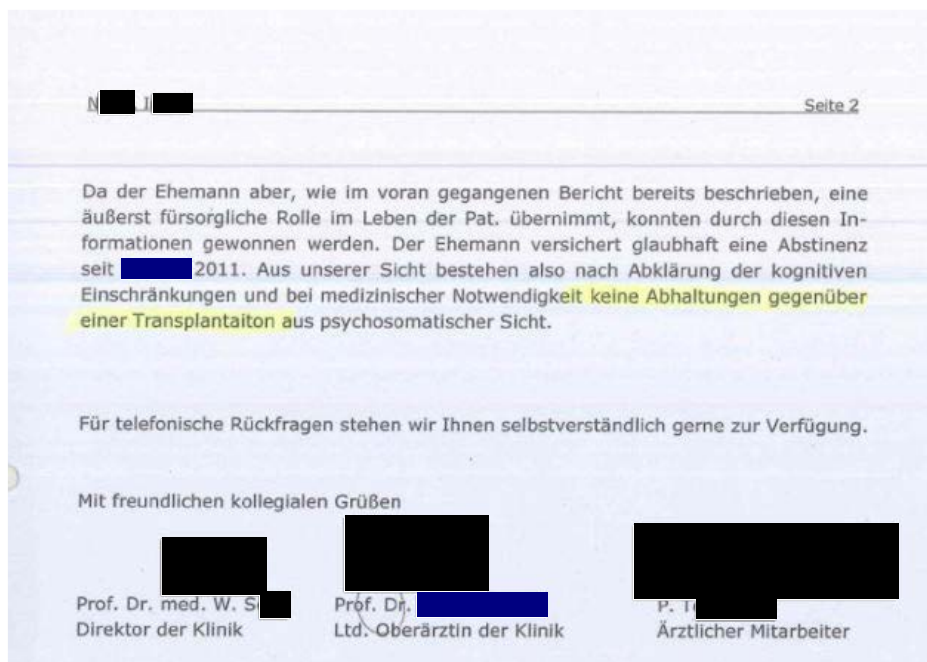
Wir freuen uns über Ihre Hinweise zur Verbesserung unserer Arbeit. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0221 809-2255 oder senden Sie uns eine E-Mail an Anregungen@lvr.de

Betriebsleitung: Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand
Pflegedirektorin Dipl.-Pflegemanagerin Esengül Pohl
Kaufmännische Direktorin Dipl.-Math. Jane E. Spiert-Bambynek
Besucheranschrift/Lieferanschrift: Virchowstraße 174, 45147 Essen-Holsterhausen
LVR-Klinikum Essen im Internet: www.klinikum-essen.lvr.de

Bankverbindung:
SEB Bank, Kto 1 370 011 900 (BLZ 370 101 11)
BIC: ESSEDE3370, IBAN: DE 56 3701 0111 1370 011900
USt-IdNr.: DE 122 656 988, Steuer-Nr.: 214/S811/1303


KTO-Zertifikat

#62-001-11-2009



Anderslautende Angaben konnten jedoch nicht validiert und in die Entscheidung einbezogen werden.

Wenn auf das psychosomatische Konsil vom [REDACTED] 2011 eingegangen wird, so ist zu konstatieren, dass das Konsil vom [REDACTED] 2012 gerade zur wiederholten Beurteilung des Abstinenzkriteriums eingeholt wurde. Das Konsil vom [REDACTED] 2012 nimmt ausdrücklich Bezug auf die vorangegangene Evaluation und ergänzt diese somit. Eine Widersprüchlichkeit besteht gerade nicht.

Nach dem Vertrauensgrundsatz (s.o.) durften sich die behandelnden Ärzte in dem Lebertransplantationszentrum auf die im psychosomatischen Konsil vom [REDACTED] 2012 getätigten Angaben zur Alkoholabstinenz verlassen. Insbesondere stellte sich dieses nicht als widersprüchlich dar, da ausdrücklich auf die vorangegangene Evaluierung Bezug genommen wurde, sodass davon ausgegangen werden konnte und musste, dass auch die dort getätigten Angaben einer erneuten Überprüfung unterzogen wurden. Es bestanden damit gerade keine Unsicherheiten bzw. Widersprüchlichkeiten, welche eine weitere Abklärung erforderlich gemacht hätten.

Selbst wenn jedoch der späteste, in dem psychosomatischen Konsil vom [REDACTED] 2011 genannte Zeitpunkt, nämlich [REDACTED] 2011 zugrunde gelegt würde, so wäre zum Zeitpunkt der Leistung – und allein darauf kommt es an – eine sechsmonatige Alkoholabstinenz nachgewiesen.

Die Patientin wurde darüber hinaus zur Sicherung der Compliance an der Klinik für Psychosomatik des Universitätsklinikums Essen zur Teilnahme an einer Compliancegruppe angemeldet:



Universitätsklinikum Essen

Herrn
Univ. - Professor Dr. med. W. S. [REDACTED]
Direktor der Abteilung für Gastroenterologie und
Hepatologie
Medizinische Klinik I
Berufsgenossenschaftliche Universitätsklinik
Bergmannsheil GmbH
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44789 Bochum

INTERDISZIPLINÄRE LEBERTRANSPLANTATIONSAMBULANZ

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Komm. Direktor Prof. Dr. med. A. Paul, MSc, FRCS
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Direktor: Prof. Dr. med. G. Gerken

Oberärztin:
Priv.-Doz. Dr. med. Kerstin Herzer

Assistenzärzte:
Dr. med. C. K. [REDACTED]
Dr. med. M. E. [REDACTED]

Telefon: 0201 / 723 1130
Fax: 0201 / 723 1142

Operatives Zentrum OPZ II, Ebene A1
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Internet: www.transplantchirurgie.de



Anfang

Essen, den [REDACTED] 2012

Pat.: N. [REDACTED] geb. [REDACTED]

Zur Lebertransplantation bei EuroTransplant / Universität Essen gelistet ab [REDACTED] 2012

Diagnosen: Leberzirrhose Child-Pugh B, MELD 16 ([REDACTED] 2012)

mit Zeichen der portalen Hypertension

- Ascites, diuretikakontrolliert
- Ösophagusvarizen Grad I
- Splenomegalie mit Panzytopenie
- Rez. Phasen der Hepatischen Enzephalopathie
- Cholezystolithiasis, asymptomatisch

Äthyltoxische Leberzirrhose

- Ausschluss Korsakow Syndrom 2012
- Konzentrations- und Gedächtnisstörung

Neurologisches Konsil ([REDACTED] 2012):

keine harten Anhaltspunkte auf das Vorliegen einer Demenzerkrankung

Arterielle Hypertonie
makrozytäre Anämie

Typ-C-Gastritis
Kolondivertikulose

OP: [REDACTED] 1956
[REDACTED] 1975

Studienaufklärung: keine (Betreuung eingerichtet)

Bisher bekannte Allergien: Hausstaub, Pollen, Pflaster, Bactrim

Aktuell:

Bild der fortgeschrittenen Leberzirrhose, Child B, red. AZ / EZ.
Ikterus, Ascites diuretikakontrolliert, hepatische Enzephalopathie Grad I,
Anamnestisch Alkoholkarenz seit [REDACTED] 2011, > 6 Monate. Gewicht [REDACTED] kg bei [REDACTED] cm.



N. [REDACTED] geb. [REDACTED]

- Seite 2 -

Labor ([REDACTED] 2012): Bilirubin 3,7 mg/dl, Kreatinin 1,18 mg/dl, INR 1,31, MELD 16

Procedere: Die Evaluationsuntersuchungen zur Lebertransplantation wurden heimatnah durchgeführt.

Zur Sicherung der Compliance wird der Patient an der hiesigen Klinik für Psychosomatik zur Teilnahme an einer Compliancegruppe angemeldet und über den Termin telefonisch informiert.

Nach Komplettierung der zur Evaluation zur Lebertransplantation notwendigen Untersuchungen wird die Patientin unsererseits zu dem anästhesiologischen Aufklärungsgespräch einbestellt und dann zur Lebertransplantation angemeldet.

Die Patientin/der Patient wird dann über die Listung bei Eurotransplant schriftlich informiert.

Weitere engmaschige Verlaufskontrolle heimatnah.
Zur frühzeitigen Erkennung einer intrahepatischen Neoplasie sollte alle 6 Monate eine Abdomen-Sonographie sowie die Bestimmung des AFP erfolgen.

Zur Mitbeurteilung der vorbeschriebenen Demenz mit wahnhaften Episoden, DD hepatische Enzephalopathie, wird die Patientin in der hiesigen Neurologie konsiliarisch vorgestellt, der Termin hierzu wird der Patientin telefonisch mitgeteilt.

Zur Aktualisierung des MELD-Score dürfen wir Sie bitten regelmäßig monatlich die folgenden Laboratoriumsbefunde zu bestimmen:

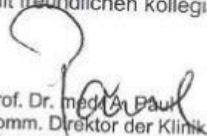
INR, Bilirubin (gesamt), Kreatinin

ChE (Cholinesterase), Ferritin, Natrium

und an das Transplantationszentrum unter der FAX-Nr. 0201-[REDACTED] zu übermitteln.

Wir bitten um Wiedervorstellung in der LTx-Ambulanz zum anästhesiologischen Aufklärungsgespräch, sowie der konsiliarischen Vorstellung in der Neurologie, nach telefonischer Rücksprache unter 0201-[REDACTED]

Mit freundlichen kollegialen Grüßen


Prof. Dr. med. A. Paul
Komm. Direktor der Klinik für
Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie


Dr. med. C. [REDACTED]
Assistenzarzt

Somit war der Listungsbeschluss der interdisziplinären Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2012 richtlinienkonform.

Unbeschadet dessen imponiert auch hier, dass die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission meint, Angaben zur Exploration der Patientin oder ihres Ehemannes durch mehrere Fachärzte einer überaus routinierten und angesehenen

Fachklinik, des LVR-Klinikums Essen, ohne eigenen fachärztlichen Verstand meint beurteilen zu können.

(9) Patient ET-Nr. [REDACTED]

Dazu führt der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission Folgendes aus:

„Auch die Anmeldung zur Warteliste am [REDACTED] 2011 des Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, war verfrüht. Der Patient war an einer äthyltoxischen Leberzirrhose erkrankt. Ein psychologisches Konsil vom [REDACTED] 2011 riet unter dem Gesichtspunkt der Compliance ausdrücklich von einer Listung wegen der Cannabisabhängigkeit des Patienten ab. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen die Transplantationskonferenz vom [REDACTED] 2011 sich trotzdem für eine Listung entschieden hat. Allein der Umstand, dass der Patient an diesem Tage einen Termin in der Psychosomatik wahrgenommen hatte und sich dort einsichtig und sozial eingebunden gezeigt hatte, dürfte nicht ausreichen. Ein Richtlinienverstoß liegt hier in der unzureichenden Abklärung der für eine Transplantation erforderlichen Compliance.“

Richtig ist:

Die Anmeldung des Patienten mit der ET-Nr. [REDACTED] erfolgte wegen Leberzirrhose bei M. Wilson und keinesfalls – wie dargestellt – wegen einer äthyltoxischen Leberzirrhose:



TRANSPLANTATIONSZENTRUM		GESTP	
Meldungen zur Transplantation		Leber	
IDENTIFIKATION			
Name	:	W	
Vorname	:		
Geburtsname	:		
Geburtsdatum	:		
Geschlecht	:	m	
Strasse	:		
PLZ / Wohnort / Bundesland	:		
KRANKENKASSE			
Name	:		
Strasse	:		
PLZ / Ort	:		
IK-Nr.	:		
VK-Nr.	:		
Versicherungsart	:	KM	
Versicherungsnummer	:		
REGISTRIERUNG WARTELISTE			
Registrierung ET am	:	2011	
ET-NUMMER	:		
Grunderkrankung	:	Morbus Wilson	
Anmeldung Warteliste	:	2011	
Abmeldung Warteliste	:	transplantiert	
TRANSPLANTATION			
Datum	:	2012	
Herkunft	:		
Entnahme durch	:	GESTP/Dr. D	
LSP / Verwandtschaftsgrad	:	nein	
Donor- Nr	:		
2012		R.S.	
Datum		Unterschrift	

Der zum Zeitpunkt der Listung alte Patient litt an einem erstdiagnostizierten M. Wilson. Trotz bestehender Compliance bzgl. der Medikamenteneinnahme kam es in der Vorgeschichte infektgetriggert zu hydropischen Dekompensationen. Hinweise für einen Alkoholabusus bestanden zu keinem Zeitpunkt.

Da die Diagnose somit *nicht* auf eine alkohol-toxisch bedingte Zirrhose lautete, waren die Einschränkungen der Richtlinie betreffend die alkoholinduzierte Zirrhose auf den vorliegenden Fall bereits denklogisch nicht anwendbar.

Ein Abstinenzkriterium für einen gegebenenfalls bestehenden Cannabis-Konsum ist in den Richtlinien nicht vorgegeben und kann bei der entsprechenden Leistungsentscheidung – ebenfalls auch aufgrund rechtsstaatlicher Bedenken – keine Berücksichtigung finden. Insoweit ist auch die Argumentation der sogenannten Prüfungs- und Überwachungskommission inkonsequent; zum einen wird eine geradezu „sklavische“ Einhaltung der Richtlinien verlangt, andererseits aber gefordert, außerhalb der Richtlinien liegende Einschränkungen zu berücksichtigen. Das überzeugt nicht.

Die Einschränkungen bzw. Abstinenzkriterien betreffend die alkoholinduzierte Zirrhose sind auch nicht analog auf Patienten, welche Cannabis konsumieren anwendbar, da es sich hierbei um eng auszulegende Ausnahmenvorschriften handelt. Darüber hinaus ist im vorliegenden Fall unzweifelhaft, dass die Zirrhose nicht durch den Cannabis-Konsum bedingt ist. Eine Listung konnte damit auch nach der Richtlinie nicht auf Basis eines Cannabis-Konsums abgelehnt werden; im Gegenteil: Der Patient hatte einen Anspruch auf Listung und durfte auch darauf vertrauen, trotz eines eventuellen Cannabis-Konsums tatsächlich gelistet zu werden. Eine mögliche spätere Transplantatschädigung durch einen ggf. erneuten Cannabis-Konsum ist darüber hinaus nicht ausreichend belegbar.

Somit hatte die Transplantationskonferenz am [REDACTED] 2011 – aufgrund einer Complianceproblematik in der Vergangenheit – richtliniengemäß nur über die (aktuelle) Compliance des Patienten zu entscheiden und schloss sich der am gleichen Tag durchgeführten, psychosomatischen Re-Exploration an, zu diesem Zeitpunkt von einer als ausreichend anzusehenden Compliance auszugehen:

Tx-Konferenz-Protokoll [REDACTED] 2011

Dr. K. [REDACTED] ACP

W. [REDACTED] P. [REDACTED] * [REDACTED] BG rh: 0 Akte VWL ☐

Gewicht: Größe: BMI:

Bilirubin: Kreatinin: INR: Lab MELD: AFP: 0

WV v [REDACTED] 1>GE: Morbus Wilson, ED 1985, Medikamentenincompliance, Tetrahydrocannabinol-Abusus, akutes Nierenversagen, Cholezystolithiasis mit Zeichen der Cholezystitis, hydropische Dekompensation. Aufnahmetermin für Evaluation hat Pat 2x nicht wahrgenommen. Größe: [REDACTED] cm-Gewicht: [REDACTED] kg Labor: Bilirubin 1.1mg/dl, Kreatinin 1.21mg/dl, INR 3,0. Beschluss der Konferenz v 15.08.11: bei Incompliance zur Zeit keine Leistung aktuell: Pat hat Termin in Psychosomatik heute wahrgenommen > Pat einsichtig, sozial eingebunden. Beschluss der Konferenz: Listung

Listung



Im schriftlichen Befundbericht der LVR-Klinik Essen über die Untersuchung am [REDACTED] 2011 wird zunächst einmal die somatische Diagnose

„Leberzirrhose Child B bei Morbus Wilson“

bestätigt. Im Übrigen wird nur der – nicht richtlinienrelevante – Cannabis-Konsum erwähnt:



 LVR-Klinikum Essen Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen	 LVR Qualität für Menschen LVR-Klinikverbund
LVR-Klinikum Essen · Postfach 10 30 43 · 45030 Essen	Datum und Zeichen bitte stets angeben
Universitätsklinikum Essen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie LTX-Ambulanz - hier -	2011 Dr. med. A. K. [REDACTED]
	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Direktor: Prof. Dr. med. W. [REDACTED] S. [REDACTED]
	Tel (0201) 07227 511 Fax (0201) 07227 305
☒ Universitätsklinikum Essen, Transplantationszentrale DSO, OPZ II, z. H. [REDACTED] - hier -	
W. [REDACTED], [REDACTED] * [REDACTED] wohnhafte: [REDACTED]	Vertrauliche Information Nur zur Information des Arztes! Weitergabe nicht gestattet.
Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,	
nachfolgend berichten wir Ihnen über den o. g. Pat., der sich am [REDACTED] 2011 zur psychosomatischen Evaluation vor Listung zur Lebertransplantation in der Ambulanz unserer Klinik vorstellte.	
<u>Beurteilung a. S. u. Fachgebietes:</u>	Aus psychosomatischer Sicht besteht aktuell eine Abhaltung gegenüber einer Listung zur Lebertransplantation, da das Abstinenzkriterium von sechs Monaten nicht erfüllt ist. Voraussetzend zur Listung ist die Teilnahme an der hiesigen Compliancegruppe.
<u>Diagnosen a. S. u. Fachgebietes:</u>	Cannabisabhängigkeit, seit [REDACTED] 2011 abstinenter (ICD-10: F12.20) Complianceproblematik in der Vergangenheit (ICD-10: Z75)
<u>Somatische Diagnosen:</u>	Leberzirrhose Child B bei Morbus Wilson

W. P.

Seite 4

Aktuell helfe es ihm, mit seiner Lebensgefährtin zu sprechen. Familiäre und soziale Unterstützung habe er durch sie und seine Eltern. Seinen Freundeskreis habe er aufgrund des verbreiteten Cannabiskonsums auf ein bis zwei Personen reduziert.

Beurteilung und Prozedere: Der Pat. war im Anamnesegespräch freundlich und offen im Kontakt, wirkte teilweise bagatellisierend, grundsätzlich jedoch glaubhaft. Es besteht eine Cannabisabhängigkeit mit einem über Jahre fortgesetzten Konsum. Zwar beschreibt der Pat. Phasen der Abstinenz, es ist jedoch wiederholt zu Rückfällen gekommen. Zusätzlich wird eine Complianceproblematik in der Vergangenheit deutlich, da der Pat. über Jahre die notwendigen Medikamente nicht eingenommen hat. Aktuell zeigt er eine Verbesserung von Gesundheitsverhalten und Compliance. Die familiäre und soziale Unterstützung scheint insgesamt eingeschränkt, die Copingstrategien sind begrenzt.

Da der Pat. eine Cannabisabstinenz erst seit etwa 2011 angibt, besteht zum aktuellen Zeitpunkt eine Abhaltung aus psychosomatischer Sicht, da das Abstinenzkriterium von sechs Monaten nicht erfüllt ist. Voraussetzend zur Listung sehen wir die Teilnahme an der hiesigen Compliancegruppe. Zusätzlich besprachen wir mit dem Pat. die Notwendigkeit einer regelmäßigen Anbindung an eine Cannabis-Ambulanz in Wohnortnähe mit der Möglichkeit zu Urinkontrollen. Eine Wiedervorstellung hier im Verlauf ist sinnvoll.

Für telefonische Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Damit steht fest: Ein Verstoß gegen seinerzeit bestehende Richtlinien lag nicht vor. Der Bericht der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission enthält für eine gegenteilige Annahme auch keine hinreichende Begründung.

Zwischenergebnis:

Somit liegen auch bezüglich der Einhaltung des 6-monatigen Abstinenzkriteriums keine Richtlinienverstöße vor.

Eventuelle minimale, administrativ bedingte Abweichungen haben in keinem Fall zur Bevorzugung eines Patienten auf der nationalen Warteliste geführt. Vielmehr wurden weit über die Anforderungen der Richtlinien hinausgehende Evaluations- und Therapieansätze der Patienten realisiert. Im Zentrum erhobene, analysierte und publizierte Daten haben bekanntermaßen vielmehr dazu beigetragen, die Richtlinien in den Bereichen „Compliance“ und „Suchtverhalten“ evidenzbasiert weiter zu entwickeln.

Somit ist die Behauptung, dass

„auch die Zahl der unzureichenden Abklärung der Alkoholkarenz ... auf ein bewußtes Vorgehen schließen“ (Kommissionsbericht, S. 15)

lasse, haltlos. Auch dieser durch nichts belegten und die tatsächlichen Sachverhalte ignorierenden Behauptung wird auf das Schärfste widersprochen.

VI. Verbesserungen im Lebertransplantationsprogramm des Universitätsklinikum Essen

Die Transplantationsmedizin und damit speziell auch das Lebertransplantationsprogramm ist Herzstück der Essener Universitätsmedizin und verdient allerhöchste Aufmerksamkeit. Es versteht sich von selbst, dass der Vorstand des Universitätsklinikums Essen und das Team um Herrn Prof. Dr. Andreas Paul alles in ihren Möglichkeiten stehende tut, um den dortigen Schwerpunkt *Transplantationsmedizin* mit gebotener Intensität weiterzuentwickeln.

Bereits im Jahr 2013 teilte die sog. Prüfungs- und Überwachungskommission bei einer vorausgegangenen Begehung des Essener Leber-TX-Programms erstmals organisatorische Mängel mit, die der damalige Ärztliche Direktor und Vorstandsvorsitzende, [REDACTED] der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission gegenüber kommentierte und auch vor dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen als in der Sache Kundiger und Verantwortlicher vertrat. Herr [REDACTED] berief sich dabei im Innen- und Außenverhältnis auf seine unbestreitbar vorhandene große Erfahrung in der Lebertransplantationsmedizin und als Mitglied des Nationalen Ethikrates (2001-2016), ferner seine Mitgliedschaft in der Ständigen Kommission 'Organtransplantation' der Bundesärztekammer. Diese ausgewiesene Persönlichkeit zur Seite wissend, verhielt sich Herr Prof. Dr. Paul entsprechend der ihm mitgeteilten Vorgaben.

Nach Übersendung des 1. Prüfungsberichtes für die überprüften Fälle aus 2010/2011 im [REDACTED] 2013 hat das Klinikum mehrere übergeordnete, strukturelle Veränderungen und Standardisierungen beschlossen und umgesetzt. Natürlich können diese Maßnahmen für die jetzt überprüften Fälle aus 2012 und zumindest teilweise für die Fälle aus 2013 noch nicht gegriffen haben.

Vor diesem Hintergrund hat sich des Weiteren der neue Vorstand des Universitätsklinikums Essen zeitnah nach dem ersten Besuch der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission im [REDACTED] 2016, basierend auf den zunächst nur mündlich geäußerten Vorwürfen, intensiv mit dem Vorgang beschäftigt und die Hinweise der

Kommission(en) auf Verbesserungspotentiale sehr ernst genommen.

Ab ■■■ 2016 wurden, auf Grundlage der von der Kommission dargestellten Notwendigkeit zur Optimierung, diverse der weiteren Optimierung des Lebertransplantationsprogramms dienende Maßnahmen getroffen und angestoßen. Dies beinhaltete u.a. die personelle Verstärkung des LeberTx-Büros sowie die Überarbeitung und Verbesserung der Dokumentation durch Anpassung und Etablierung bestehender und neuer Prozesse (Abschlussbericht der internen Untersuchungskommission, als Anlage 2).

Ein weiterer Besuch der Prüfungs- und Überwachungskommission im ■■■ 2016 beurteilte erneut die mit den Transplantationen in den Jahren 2012 bis 2015 betreffenden Vorgänge und Dokumentationen. Auch hier wurden seitens der Kommission(en) vermeintliche Dokumentationsmängel und vermeintliche Richtlinienverstöße festgestellt.

Es mag daher sein, dass es in Teilbereichen zu Dokumentationslücken gekommen ist. Die Verantwortlichen bedauern dieses außerordentlich. Hinzuweisen ist allerdings auch darauf, dass nach der ersten Visitation eine Verbesserung der Dokumentation stattgefunden hat.

Wegen der von Seiten der sogenannten Prüfungs- und Überwachungskommission vorgebrachten Äußerungen in den beiden Vor-Ort-Visitationen im Jahr 2016, im Lebertransplantationsprogramm des Essener Universitätsklinikums seien bedenklich viele Richtlinienverstöße feststellbar, hat sich der Vorstand des Universitätsklinikums Essen in diesem Zusammenhang dazu entschieden, nicht auf den schriftlichen Kommissionsbericht der Kommission zu Vorgängen der Vergangenheit (2012 bis 2015) zu warten, sondern umgehend zu reagieren und überprüfen zu lassen, ob das seit ■■■ 2016 durchgeführte und hinsichtlich organisatorischer Prozesse veränderte Lebertransplantationsprogramm weiterhin die *mutmaßlichen* Richtlinienverstöße vergangener Jahre erkennen lässt.

Zur Klärung, ob die seit [REDACTED] 2016 angestoßenen und initiierten Maßnahmen beachtet wurden, hat das Universitätsklinikum Essen deshalb im Nachgang zur 2. Vor-Ort-Begehung des Lebertransplantationsprogramms am [REDACTED] 2016 eine (eigene) Kommission mit internen und externen Mitgliedern eingesetzt, die sich im Transplantationsgeschehen auskennen.

Mitglieder der Kommission waren:

- *Prof. Dr. Andreas Kribben (intern)*
Direktor der Klinik für Nephrologie am UK Essen sowie Vizepräsident im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)
- *Dr. Lothar Volbracht (intern)*
Leiter des Zentrallabors und Unabhängiger Ärztlicher Vertreter im Lungentransplantationsprogramm am UK Essen
- *Monika Schmidt (intern)*
Juristin, Interne Compliance- und Antikorruptionsbeauftragte und Referentin der Geschäftsstelle des Vorstands am UK Essen
- *Prof. Dr. Jan Lerut (extern)*
Ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der Lebertransplantation.

Vor seiner Emeritierung im [REDACTED] 2016 war Prof. Lerut u.a. Leiter der Transplantationschirurgie des Inselspitals der Universität Bern und Leiter der Transplantationsabteilung und Allgemeinchirurgie an der Université catholique Louvain (UCL) in Brüssel, Belgien. Zuletzt war er Co-Direktor der Klinik für Viszeralchirurgie und Transplantation des Universitätskrankenhauses Saint Luc und Direktor des Transplantationszentrums UCL, Brüssel, Belgien. Ferner war er Präsident der Belgian Society of Transplantation (BST), Präsident der European Society for Organ Transplantation (ESOT) und Vorsitzender des Eurotransplant Liver Allocation-Committee (ELIAC); unter seinem Vorsitz wurde das MELD-System innerhalb der Eurotransplant-Gemeinschaft eingeführt. Vor

seiner Emeritierung war er zudem Präsident der International Liver Transplantation Society (ILTS) und der Royal Belgian Society for Surgery (RBSS).

- *Prof. Dr. Konstantin Nikolaou (extern)*

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Tübingen.

Am ■■■ und ■■■ 2017 trafen sich die vorgenannten Kommissionsmitglieder zu einer Überprüfung des Lebertransplantationsprogramms am Essener Universitätsklinikum. Der Prüfauftrag dieser Untersuchungskommission bezog sich konkret auf die Analyse aller im Zeitraum ■■■ 2016 bis ■■■ 2016 lebertransplantierten Patienten (73 Fälle).

Die Schwerpunkte der Prüfung orientierten sich an den von der sog. Prüfungs- und Überwachungskommission zunächst nur mündlich vorgebrachten – vermeintlichen – Pflichtverletzungen folgender Teilbereiche:

- Einhaltung der 6-monatigen Alkoholkarenzzeit bei alkoholinduzierter Zirrhose,
- Einhaltung der Kriterien für die Gewährung eines Standard Exceptional MELD, insbesondere in Fällen von Patienten mit einem hepatozellulären Karzinom und
- Überprüfung der Auswahlentscheidung für Patienten zur Lebertransplantation, wenn der bei kompetitiven Zentrumsangeboten im beschleunigten Vermittlungsverfahren zunächst ausgewählte Patient nicht mehr für eine Transplantation in Frage kam.

Außerdem wurde überprüft, ob und inwieweit die Dokumentation der für die Listung relevanten Informationen im Allgemeinen optimiert wurde, insbesondere bei Patienten, die bei einem kompetitiven Zentrumsangebot zunächst als die am besten geeigneten Empfänger beurteilt und dann im Verlauf nicht transplantiert wurden.

Die Kommission wurde aufgefordert, sämtliche Prozesse mit besonderer Akribie zu

hinterfragen und im Falle möglicher Auffälligkeiten konkrete Vorschläge zu Optimierungsmaßnahmen zu formulieren.

Am ■■■■ 2017 erhielt das Universitätsklinikum Essen den Prüfbericht der von dort eingerichteten Prüfkommision. **Hiernach sind die Abläufe im Lebertransplantationsprogramm des Universitätsklinikums Essen standardisiert und nachvollziehbar. Die Kommission stellte weiterhin fest, dass verschiedene Prozesse, insbesondere die Dokumentation und die Laborkontrollen in Kenntnis der seit ■■■■ 2016 vorgenommenen Maßnahmen, verbessert wurden.**

Die Kommission empfahl die Umsetzung ergänzender Maßnahmen zur weiteren Programmoptimierung, die selbstverständlich aufgegriffen wurden und sich bereits aktuell in der Umsetzung befinden (siehe Abschlussbericht der internen Untersuchungskommision, **Anlage 2**).

Wie bereits im ■■■■ 2016, so folgt die Essener Universitätsmedizin natürlich auch diesen vorgetragenen Empfehlungen im Sinne eines sich kontinuierlich weiterentwickelnden Transplantationsprogramms.



Prof. Dr. Martin Rehborn
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Honorarprofessor der Universität zu Köln (Rechtswissenschaftliche Fakultät)

