



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Ärztetkammern



Spitzenverband

Überwachungskommission gem. § 11 TPG – Prüfungskommission gem. § 12 TPG

Kommissionsbericht der Prüfungs- und der Überwachungskommission

Überprüfung des Herztransplantationsprogramms des Deutschen Herzzentrums Berlin

am 1. April, 15. April, 16. April und 8. Juli 2014

Die zuvor angekündigten Visitationen des Herztransplantationsprogramms fanden am 1., 15., 16. April 2014 sowie 8. Juli 2014 statt. [REDACTED]

Die gegenüber Eurotransplant (ET) bei zahlreichen Anträgen benannte Oberärztin [REDACTED] war bei keinem Audit anwesend. Sie ist deshalb zu der Sitzung der Kommissionen am [REDACTED] zur Anhörung geladen worden. Mit Schreiben vom [REDACTED] hat sie mitgeteilt, dass sie nicht erscheinen werde. Es bleibt deshalb bei den nachfolgenden Feststellungen der Kommissionen, die sich auf die geprüften Krankenakten, Eurotransplant-Daten, die Erklärungen und Angaben der bei den Visitationen anwesenden Ärzte und Mitarbeiter des Deutschen Herzzentrums Berlin und des [REDACTED] sowie mit Schreiben des Deutschen Herzzentrums Berlin vom 28. Juli und 18. August 2014 erteilte Angaben und überreichte Unterlagen stützen.

Während des Audits am 1. April 2014 konnte die von den Kommissionen beabsichtigte stichprobenartige Überprüfung einzelner Transplantationen nur unzureichend durchgeführt werden. So konnten zahlreiche Krankenblätter nicht beigebracht werden, weiterhin lagen häufig die Ausfertigungen bestimmter HU-Anträge nur in einer vordatierten, nicht namentlich ausgewiesenen bzw. unterzeichneten Fassung vor. Die internen Abläufe im Deutschen Herzzentrum Berlin konnten nicht plausibel und nachvollziehbar dargelegt werden. Die Prüfung musste aus diesem Grund abgebrochen werden. Am 15. April 2014 wurden daher teilweise Fälle, die bereits Gegenstand der Prüfung am 1. April 2014 sein sollten, einer wiederholten Prüfung unterzogen. Da sich bei diesen Prüfungen Auffälligkeiten ergaben, wichen die Kommissionen von dem ursprünglichen Schema einer Stichprobenprüfung ab und erweiterten das Prüfspektrum.

Grundlage der Prüfung waren insgesamt 106 Transplantationen, die in den Jahren 2010 bis 2012 im Deutschen Herzzentrum Berlin durchgeführt worden sind. Hierbei handelt es sich um insgesamt 102 Herztransplantationen und 4 kombinierte Herztransplantationen. Die Kommissionen haben insgesamt 82 Transplantationen geprüft. Die Kommissionen konnten sich auf die Prüfung dieser Transplantationen beschränken. Abgesehen davon, dass eine weitere Überprüfung von Kindertransplantationen und Transplantationen von Patienten, die im U-Status transplantiert werden sind, nicht erforderlich war, stellten die geprüften 82

Transplantationen eine ausreichende Grundlage für die nachfolgenden Feststellungen dar. 14 HU-Anträge wiesen Auffälligkeiten auf, die den Schluss rechtfertigen, dass es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um bewusste Falschangaben oder Manipulationen handelt. Von diesen bezogen sich zwei unterschiedliche HU-Anträge auf einen Patienten.

Diese werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt:

Keine Auffälligkeiten oder Beanstandungen ergaben sich in den 12 überprüften Fällen, in denen Herztransplantationen bei Kindern durchgeführt worden sind.

Soweit die Kommissionen im Rahmen der allgemeinen Überprüfung in 17 Fällen zugleich die Auswahlkriterien im beschleunigten Vermittlungsverfahren nachgefragt haben, waren diese nicht zu beanstanden.

Auch die Überprüfung des Versichertenstatus der Patienten (69 Patienten gesetzlich versichert, 12 Patienten privat versichert oder Selbstzahler und 1 Patient Zusatzversichert) ergab keine Anhaltspunkte dafür, dass Privatpatienten bevorzugt behandelt oder transplantiert worden wären.

Keine Beanstandungen ergaben sich des Weiteren hinsichtlich der aktuell HU-gelisteten Patienten, die die Kommissionsmitglieder am 1. April 2014 im Deutschen Herzzentrum und am 16. April 2014 im Paulinenkrankenhaus aufgesucht haben. Diese Patienten befanden sich unter intensivmedizinischer Betreuung und erfüllten die nachgefragten HU-Kriterien.

Die Kommissionen mussten jedoch bei der Überprüfung der Transplantationen in den Jahren 2010 bis 2012 verschiedene Falschangaben (Krankheitsbilder, Komplikationen, Katecholamine) und/oder Manipulationen bei der Verabreichung von Katecholaminen feststellen. Hierbei handelt es sich um insgesamt 14 Verstöße.

Bei der Bewertung dieser unrichtigen Angaben und Verstöße ist zunächst von den Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Herz- und Herz-Lungentransplantation auszugehen. Diese enthalten in ihrem Besonderen Teil unter II 1.2.1. (Fassung in den Jahren 2010 bis 2012) u.a. folgende Regelung: „Die Zuordnung eines Patienten in diese Dringlichkeitsstufe muss besonders begründet werden. Empfänger, die diese Kriterien erfüllen, sind in der Regel bereits auf der Warteliste geführte Patienten, deren Zustand sich verschlechtert. Es handelt sich um Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz, die im Zentrum auf der Intensivstation nach Ausschöpfung aller alternativer Behandlungsmöglichkeiten (ausgenommen ventrikuläre Unterstützungssysteme) trotz hochdosierter Therapie mit Katecholaminen und Phosphodiesterase-Hemmern nicht rekompensierbar sind und Zeichen des beginnenden Organversagens aufweisen.“

Es handelt sich jedoch nicht um Patienten, die zur Beobachtung oder mit niedrig dosierten Katecholaminen auf der Intensivstation liegen.

Patienten, bei denen ein ventrikuläres Unterstützungssystem (VAD) implantiert wird, werden grundsätzlich auf der einheitlichen Warteliste mit normaler Dringlichkeit geführt. VAD-Patienten werden nur dann in die HU-Gruppe eingestuft, wenn sie sich zunächst erholen, und erst später eine methodenbedingte akut lebensbedrohliche Situation erleiden.“

II 3.1. bestimmt u. a.: „Über die Zuordnung zur Dringlichkeitsstufe „HU“ entscheidet in jedem Einzelfall, zur „U“ in Zweifelsfällen, eine Auditgruppe bei der Vermittlungsstelle“.

In Ausführung dieser Regelungen hat ET in einem Manual die Voraussetzungen für den HU-Status des einzelnen Patienten spezifiziert. Dieses ET-Manual ist Ausgangspunkt für die jeweiligen Entscheidungen der Auditoren und zugleich Ausgangspunkt für die Meldung der einzelnen Zentren im Rahmen des HU-Verfahrens. Diese Regeln sind grundsätzlich von allen Beteiligten zu beachten. Sie dienen in dem bestehenden Verteilungssystem der Auslegung und Konkretisierung des zum HU-Status führenden Krankheitsbildes. Soweit im Einzelfall von ihnen abgewichen wird, ist dies gegenüber den Auditoren offenzulegen und zu begründen. Sie gestatten jedoch nicht Falschangaben im Zusammenhang mit einem HU-Antrag.

Sofern ein Zentrum diese Regelungen durch unrichtige Angaben oder Manipulationen der vorgesehenen HU-Kriterien unterläuft und dadurch dem jeweiligen Patienten einen HU-Status verschafft, der ihm bei einer korrekten Anwendung dieser Regelungen nicht zustünde, handelt es sich um listungsrelevante Verstöße, die als solche von den Kommissionen festzustellen und zu bewerten sind.

Soweit das ET-Manual unter 6.1.2.2. festlegt: „HU-patients are patients admitted to an intensive care unit of the transplant center and fulfill all criteria mentioned in a), b) or c)

a) ...

while on inotropic therapy for at least 48 h

Dobutamine > 7.5 µg/kg/min all equivalent inotropes or

Milrinone > 0,5 µg/kg/min or equivalent PDE inhibitor“, haben die Kommissionen insgesamt 10 Verstöße in Bezug auf diese Regelung festgestellt und zwar zum einen durch die Mitteilung unrichtiger Werte und zum anderen durch eine medizinisch nicht indizierte Verabreichung hoher Medikamentendosen, um die HU-Listung für den Patienten zu erreichen.

Falschmeldungen betreffend die Katecholamindosierung

Im Fall des gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, war im ersten gestellten HU-Antrag vom [REDACTED] das verabreichte Dobutamin mit 3,36 µg/kg/min und Milrinon mit 0,5 µg/kg/min angegeben. Die Überprüfung der Akten ergab, dass der Patient Dobutamin nur in Höhe von 1,68 µg/kg/min und Milrinon überhaupt nicht erhalten hatte. Die Angabe von Milrinon war für die Zuerkennung des HU-Status wesentlich.

Hinsichtlich des gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, wies der am [REDACTED] gestellte erste HU-Antrag eine Dobutamindosierung von 7,86 µg/kg/min aus. Der Patient hatte jedoch lediglich Dobutamin in Höhe von 4,5 µg/kg/min und somit unterhalb des Grenzwertes erhalten.

Dies gilt auch für den gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist. Der am [REDACTED] gestellte Re-Evaluierungsantrag wies einen falschen, leistungsrelevanten Wert der Dobutamindosierung in Höhe von 8,1 µg/kg/min aus. Er betrug ausweislich der Krankenakte lediglich 3,7 µg/kg/min.

Auch für den gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, wurde in dem ersten gestellten HU-Antrag vom [REDACTED] mit der Angabe einer Dobutamindosierung in Höhe von 7,68 µg/kg/min ein falscher Wert angegeben. Er belief sich lediglich auf 5 µg/kg/min. Die Dosierung wäre nicht leistungsrelevant gewesen.

Katecholaminsteigerung im zeitlichen Zusammenhang mit HU-Anträgen

Bei dem bereits angeführten Patienten [REDACTED] konnte hinsichtlich des Erstantrages vom [REDACTED], der eine leistungsrelevante Dobutamindosierung von 7,72 µg/kg/min wiedergibt, der Verdacht auf eine antragsbedingte Medikamentensteigerung nicht ausgeräumt werden. Am [REDACTED] wurde Dobutamin in Höhe von 1,8 µg/kg/min und am [REDACTED] um [REDACTED] Uhr in Höhe von 2,7 µg/kg/min und ab [REDACTED] Uhr in Höhe von 3,6 µg/kg/min verabreicht. Am [REDACTED] fand eine Steigerung der Dobutamingabe von 3,6 µg/kg/min ([REDACTED] Uhr) auf 7,7 µg/kg/min statt ([REDACTED] Uhr). Um [REDACTED] Uhr wurde Dobutamin wiederum auf 3,63 µg/kg/min zurückgeführt. Eine medizinische Erklärung für diesen kurzfristigen, leistungsrele-

vanten Dobutaminanstieg wurde seitens der Ärzte nicht gegeben. Die Überprüfung der weiteren Dobutamingaben sowie der hämodynamischen Werte führt vielmehr zu dem Schluss, dass es sich um eine leistungsrelevante Manipulation der Dobutamingabe handelt. In dieser Zeit lag der Sättigungswert zwischen 62 % und 72 %, der Cardiac-Index zwischen 2,2 und 3,5 l/min/m², sofern er überhaupt bestimmt worden war. Die festgestellten hämodynamischen Werte ließen das Erfordernis einer kurzfristigen und einmaligen Verdopplung des Dobutamins nicht erkennen. Auch die anwesenden Ärzte vermochten nicht anzugeben, aus welchen Gründen eine derartige Steigerung medizinisch indiziert sein könnte.

Bedenken bestehen auch hinsichtlich des gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist. Der erste HU-Antrag vom [REDACTED] gab die Dobutamindosierung mit 7,8 µg/kg/min an, des Weiteren die Sättigung mit 64 % und den Cardiac-Index mit 1,6 l/min/m². Die Einsichtnahme in die Krankenunterlagen ergab, dass der Sättigungswert im fraglichen Zeitraum, d. h. am [REDACTED] und [REDACTED] zwischen 66 % und 71 % lag. Weitere Feststellungen waren insoweit nicht möglich. Hinsichtlich des Dobutamins konnte festgestellt werden, dass dieses wie folgt verabreicht wurde: [REDACTED] 1,74 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr 3,47 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr 5,21 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr 7,8 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr 6 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr 4,3 µg/kg/min und am [REDACTED] Uhr 3,5 µg/kg/min. Weitere Unterlagen konnten nicht vorgelegt werden. Es fehlte auch eine medizinische Begründung für die Steigerung des Dobutamins. Es befand sich allerdings ein Vermerk vom [REDACTED] Uhr in den Akten: „Dobutamin muss gesteigert werden, halbstündlich zu steigern“. Die Kommissionen gehen daher auch in diesem Fall davon aus, dass die Steigerung der Dobutamingaben mit Rücksicht auf den für den HU-Antrag erforderlichen Grenzwert erfolgte. Eine vorgelegte Rechtsherzkatheteruntersuchung vom [REDACTED] ergab im Übrigen folgende Werte: HZV 4,7l/min, zentralvenöse Sättigung 65%, pulmonalarterieller Druck 30/15 mmHg/20 mmHg, CI 2,2 l/min/m².

Der gesetzlich versicherte Patient [REDACTED] wurde am [REDACTED] transplantiert. Der erste HU-Antrag vom [REDACTED] wies eine Gabe von Dobutamin in Höhe von 5,12 µg/kg/min und von Milrinon in Höhe von 0,53 µg/kg/min aus. Auffällig ist die Steigerung des Milrinons auf diesen leistungsrelevanten Wert von 0,53 µg/kg/min. Dieses Medikament wurde am [REDACTED], d. h. vor der Antragstellung am [REDACTED] in Höhe von 0,25 bzw. 0,24 µg/kg/min gegeben. Zu diesem Zeitpunkt betrug der Cardiac Index 2,0 l/min/m² und die Sättigung 62 %. Am [REDACTED] wurde Milrinon bis [REDACTED] Uhr in Höhe von 0,25 µg/kg/min und ab [REDACTED] Uhr in Höhe von 0,53 µg/kg/min gegeben. Die zentralvenöse Sättigung betrug zu diesem Zeitpunkt 57 %. Milrinon wurde in Höhe von 0,53 µg/kg/min letztmalig am [REDACTED] um [REDACTED] Uhr gegeben. Ab [REDACTED] Uhr wurde Milrinon nicht mehr ver-

abreicht. Der am [REDACTED] in das Paulinenkrankenhaus verlegte Patient erhielt dort ebenfalls kein Milrinon mehr. Angesichts der hämodynamischen Werte ist eine kurzfristige mehr als verdoppelte Verabreichung des Medikaments medizinisch nicht plausibel und konnte von den bei den Prüfungen anwesenden Medizinern auch nicht erklärt werden.

Für den gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden war, wurde am [REDACTED] erstmals ein HU-Antrag gestellt. Die Prüfung ergab erhebliche Bedenken hinsichtlich der in diesem Antrag enthaltenen leistungsrelevanten Milrinonangabe von 0,51 µg/kg/min. Aufgrund der bei der Prüfung festgestellten Werte ist davon auszugehen, dass die kurzfristige Erhöhung des Milrinons auf einen leistungsrelevanten Wert der Erreichung des HU-Status geschuldet und nicht medizinisch indiziert war. Die Gabe von Milrinon stellt sich in diesem Zeitraum wie folgt dar: [REDACTED] Uhr erstmalige Gabe von Milrinon in Höhe von 0,14 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,34 µg/kg/min, am [REDACTED] Uhr Milrinon 0,41 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,51 µg/kg/min (d. h. oberhalb des Grenzwertes zur HU-Akzeptanz von 0,5 µg/kg/min) [REDACTED] Uhr Milrinon 0,37 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,17 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,09 µg/kg/min und ab [REDACTED] Uhr kein Milrinon mehr. Aus den Krankenunterlagen ergab sich nach den Feststellungen der Kommissionen weiterhin, dass der Cardiac-Index vor der Erhöhung der Katecholamine 2,93 l/min/m² und die Sättigung 73,2 % betrug. Diese Werte machten die kurzfristige leistungsrelevante Steigerung des Milrinons gerade nicht erforderlich. Eine Erklärung für diese Steigerung konnte auch von den anwesenden Ärzten nicht gegeben werden. Der Antrag vom [REDACTED] gibt im Übrigen den Cardiac-Index falsch wider. Der dort mitgeteilte Wert von 1,8 l/min/m² war zwar ausweislich der Krankenakten bei einer Rechtsherzkatheruntersuchung vom [REDACTED] festgestellt worden. Diese Werte waren aber mit den Untersuchungen am [REDACTED] mit 2,93 l/min/m² und am [REDACTED] mit 3,9 l/min/m² überholt und hätten dem Antrag vom [REDACTED] nicht mehr zugrunde gelegt werden dürfen.

Auch im Fall des gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, gehen die Kommissionen davon aus, dass das Milrinon in leistungsrelevanter Höhe gegeben worden ist, um für den Patienten den HU-Status zu erreichen. Der erste und einzige gestellte HU-Antrag vom [REDACTED] enthielt die Dosisangaben für Dobutamin in Höhe von 4,07 µg/kg/min und (leistungsrelevant) von Milrinon 0,53 µg/kg/min. Die Verabreichung von Milrinon entwickelte sich wie folgt: [REDACTED] Uhr Milrinon 0,08 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr kein Milrinon mehr, [REDACTED] kein Milrinon, [REDACTED], d. h. Tag der Antragstellung, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,16 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,12

µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,53 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,04 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr kein Milrinon mehr. Der Cardiac-Index wurde mit 1,07 l/min/m² angegeben (Messung vom [REDACTED]), betrug aber am [REDACTED] ausweislich eines um [REDACTED] Uhr durchgeführten Rechtsherzkatheters 2,0 l/min/m² und die zentralvenöse Sättigung 70,3 %. Die Dobutamingaben beliefen sich durchgehend unverändert und nicht leistungsrelevant auf 4,07 µg/kg/min. Die hämodynamischen Werte ergeben keine Indikationen für eine kurzfristige Vervierfachung der Milrinondosierung auf eine leistungsrelevante Höhe und dies vermochte auch von den anwesenden Ärzten nicht medizinisch begründet werden, sodass die Kommissionen davon ausgehen, dass die kurzfristige Steigerung des Phosphodiesterasehemmers erfolgte, um für den Patienten den HU-Status zu erreichen.

Dies gilt auch für den gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] [REDACTED] transplantiert worden ist. Am [REDACTED] wurde der erste und einzige HU-Antrag für diesen Patienten gestellt. In diesem Antrag wurde die Dosierung von Dobutamin mit 4,97 µg/kg/min (nicht leistungsrelevant) und von Milrinon mit 0,55 µg/kg/min (leistungsrelevant) mitgeteilt. Milrinon wurde im fraglichen Zeitraum wie folgt verabreicht: [REDACTED] 0,1 µg/kg/min, vom [REDACTED] Uhr 0,2 µg/kg/min, am [REDACTED] Uhr 0,1 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr 0,1 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr 0,55 µg/kg/min (leistungsrelevant), [REDACTED] Uhr 0,55 µg/kg/min (leistungsrelevant), [REDACTED] Uhr 0,4 µg/kg/min (nicht mehr leistungsrelevant), [REDACTED] Uhr Milrinon 0,2 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Milrinon 0,1 µg/kg/min, [REDACTED] Uhr Beendigung der Milrinongabe. Das Dobutamin wurde in diesem Zeitraum unverändert in Höhe von ca. 5,0 µg/kg/min verabreicht. Der Cardiac-Index wurde am [REDACTED] mit 2,59 l/min/m² und am [REDACTED] mit 3,1 bzw. 3,3 l/min/m² gemessen, aber mit 1,94 l/min/m² (angebliche Messung [REDACTED]) angegeben. Die Sättigung betrug am [REDACTED] 63,5 % bzw. 63,1 % und am [REDACTED] 61,6 % bzw. 63,1 %. Die vorgelegten Unterlagen ergaben keine Anhaltspunkte dafür, dass die Erhöhung des Milrinons am [REDACTED] um [REDACTED] Uhr auf 0,55 µg/kg/min medizinisch geboten war. Diese konnten auch von den anwesenden Ärzten nicht mitgeteilt werden.

Weitere Auffälligkeiten im Zusammenhang mit kardialen Unterstützungssystemen

Komplikationen kardialer Unterstützungssysteme, die eine HU-Meldung rechtfertigen, sind unter anderem Infektionen des Unterstützungssystems mit positiver Blutkultur oder wiederholte durch die Behandlung mit dem System bedingte neurologische Komplikationen (siehe auch 6.1.2.2.b ET-Manual).

Bei dem gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, war der auf eine Assist-Infektion gestützte HU-Antrag vom [REDACTED] [REDACTED] unrichtig. Es bestand lediglich ein Verdacht auf eine Infektion der Aortenkanüle. Ein Blutkulturbefund vom [REDACTED] war negativ. Die Behauptung, dass ein CT-Befund vom [REDACTED] eine progrediente Infektion ergäbe, ist unrichtig. Auch der bei der Prüfung vorgelegte handschriftliche OP-Bericht enthielt keine Anhaltspunkte für eine Aortenkanüleninfektion.

Hinsichtlich des Patienten [REDACTED] konnten bei den Prüfungen am [REDACTED] [REDACTED] anwesenden Ärzte lediglich ein PET-CT vom [REDACTED] vorlegen, das die Begründung des HU-Antrages vom [REDACTED] geltend gemachten systematische Infektion gerade nicht bestätigte, sodass die Kommissionen zunächst von einem unrichtigen HU-Antrag ausgehen mussten. Erst die ergänzenden Angaben mit Schreiben vom [REDACTED] und die nachgereichten Unterlagen vermochten die Diagnose einer Driveline-Infektion zu bekräftigen. In der Zusammenschau des komplexen klinischen Bildes mit rezidivierenden Fieberschüben bei Pausieren der Langzeitantibiose war der HU-Antrag gerechtfertigt, sodass die Kommissionen diesen Fall nicht mehr als Verstoß bewerten.

Bei dem gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, ist der HU-Antrag vom [REDACTED], der sich auf eine Driveline-Infektion sowie auf Hämolyseparameter stützt, hinsichtlich der Infektion unrichtig. Die Behauptung einer derartigen Infektion konnte bei Prüfung der Krankenakten nicht bestätigt werden. Die mit Schreiben vom [REDACTED] nachgereichten Unterlagen vermögen nach wie vor eine akute oder chronische Driveline-Infektion nicht zu bestätigen. Es wurde zu keinem Zeitpunkt eine Keimbesiedlung an der Driveline nachgewiesen sondern lediglich ein Verdacht geäußert. Der Vorwurf des Deutschen Herzzentrums Berlin, dass die medizinischen Sachverständigen die ET-Richtlinien dahingehend verstanden hätten, dass nur eine unbehandelte Infektion des Assist-Device die HU-Listung rechtfertigte, trifft nicht zu. Der HU-Antrag war allerdings wegen der Hämolyse gerechtfertigt, sodass die falsche Angabe nicht allokatonsrelevant war.

Auch im Falle des gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, weist der gestellte HU-Antrag vom [REDACTED] Unrichtigkeiten auf. Er stützt sich auf eine Drive Line-Infektion und rezidivierende gastrointestinale Blutungen. Während die Driveline-Infektion im Rahmen der Prüfung nachgewiesen werden konnte,

ergaben sich wiederholte Blutungen nicht aus den Krankenakten. Der Antrag ist insoweit von vorneherein unrichtig, dies gilt im Übrigen auch für das dort angegebene Datum [REDACTED] für die wieder aufgetretene Blutung. Belegt werden konnten lediglich Blutungen im [REDACTED], d. h. 1 1/2 Jahre vor Stellung des HU-Antrages.

Bei dem gesetzlich versicherten Patienten [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert worden ist, bestehen Bedenken hinsichtlich des am [REDACTED] gestellten Re-Evaluationsantrages. Dieser stützt sich auf ein Rechtsherzversagen, das jedoch aus den vorgelegten Unterlagen nicht ersichtlich war. Die behandelnden Ärzte konnten bei der Befragung durch die Kommissionen ein Rechtsherzversagen weder bestätigen noch belegen. Die nachgereichten Behandlungsunterlagen sind nicht leserlich. Des Weiteren sind die ergänzenden Angaben zu den echokardiographischen Messparametern, den Serumbilirubinwerten wie auch der klinischen Leistungseinschränkung nicht belegt, sodass es bei den bisherigen Feststellungen verbleibt. Es bleibt dem Herzzentrum unbenommen, diese Angaben und Unterlagen ggfs. in anderen Verfahren nachzuholen. Da der Patient jedoch unter einer Assist-Infektion litt, hätte der Antrag hierauf erfolgreich gestützt werden können. Dies ändert allerdings nichts daran, dass es sich hinsichtlich des Rechtsherzversagens um eine unrichtige Angabe handelt.

Weitere Auffälligkeiten

Bei der Patientin [REDACTED] ist ebenso wie bei dem Patienten [REDACTED] hinsichtlich des durchgeführten Rechtsherzkatheters ein falsches Datum gegenüber Eurotransplant gemeldet worden. Im HU-Antrag der Patientin [REDACTED] vom [REDACTED] ist das Datum unrichtigerweise mit [REDACTED] angegeben worden. Es hätte richtigerweise [REDACTED] genannt werden müssen. Bei dem Patienten [REDACTED] ist in dem HU-Antrag vom [REDACTED] der Rechtsherzkatheter mit Datum [REDACTED] genannt worden, er war jedoch bereits am [REDACTED] erfolgt. Diese beiden Verstöße sind jedoch nach Auffassung der Kommissionen nur gering zu gewichten.

Auch wenn bei den Patienten [REDACTED] weitere Anträge gestellt worden sind, die ordnungsgemäß waren, ändert dies nichts an der Bewertung der Kommissionen, dass es sich bei den zuvor genannten Medikamentensteigerungen im zeitlichen Zusammenhang mit den jeweiligen HU-Anträgen um Manipulationen handelt, die dem Zweck dienen, eine HU-Listung des Patienten zu erreichen. Die von den Kommissio-

nen zugleich ermittelten hämodynamischen Werte ließen nicht erkennen, dass derartige Medikamentensteigerungen medizinisch indiziert waren. Auch seitens der bei den Prüfungen anwesenden Ärzte wurden insoweit keine Erklärungsversuche unternommen. Dies gilt auch für die weiteren festgestellten Auffälligkeiten. Angesichts der Anzahl der Verstöße und Art der Vorgehensweise gehen die Kommissionen auch nicht davon aus, dass es sich lediglich um zufällige oder versehentliche Fehler handelt, und zwar auch hinsichtlich der leistungsrelevanten Falschangabe von Katecholaminwerten. Die Kommissionen gehen des Weiteren davon aus, dass auch die leistungsrelevante Mitteilung von Krankheitsbildern, z. B. Angabe einer nicht nachgewiesenen Assist-Infektion, nicht lediglich versehentlich sondern in der Absicht erfolgt ist, für den Patienten den HU-Status zu erreichen.

Soweit das Deutsche Herzzentrum Berlin in seiner Stellungnahme vom 17. September 2014 zu dem zehn Fälle umfassenden Fragenkomplex der unrichtigen Katecholaminangaben und den festgestellten Katecholaminsteigerungen im Zusammenhang mit HU-Anträgen sowie den Fällen [REDACTED] von eigenen Angaben absieht und auf eine einzuholende Stellungnahme der Oberärztin [REDACTED] verweist, verbleibt es bei den vorangegangenen Ausführungen. Diese stützen sich auf die geprüften Krankenakten des Deutschen Herzzentrums Berlin und Mitteilungen der bei den Visitationen anwesenden Ärzte. Es ist nicht einsichtig, aus welchen Gründen dem Deutschen Herzzentrum Berlin eine eigene Stellungnahme zu den Feststellungen der Kommissionen nicht möglich ist.

29. September 2014



Anne-Gret Rinder
Vorsitzende der Prüfungskommission



Prof. Dr. Dr. med. H. Reichenspurner