



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
deutschen Ärztekammern



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

Kommissionsbericht der Prüfungskommission und der Überwachungskommission
Prüfung des Lungentransplantationsprogramms
des Deutschen Herzzentrums Berlin
am 7. Februar 2017

Die eine Woche zuvor angekündigte Visitation des Lungentransplantationsprogramms des Deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB) fand am 7. Februar 2017 statt.

Von Seiten der Prüfungs- und der Überwachungskommission nahmen [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] teil.

Von Seiten des Deutschen Herzzentrums Berlin nahmen [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] teil.

Von den in den Jahren 2013 bis 2015 insgesamt durchgeführten 60 Lungentransplantationen wurden 28 Transplantationen geprüft, darunter befanden sich 6 Patienten mit einer Organzuteilung im beschleunigten Vermittlungsverfahren. Alle übrigen Patienten wurden im Status T1 transplantiert. Sämtliche Patienten waren gesetzlich versichert.

Die Prüfung ergab keine Anhaltspunkte für systematische Richtlinienverstöße oder vereinzelte Manipulationen zuteilungsrelevanter Patientendaten. Sie ließ vielmehr erkennen, dass die Anmeldung der Patienten zu Transplantationen grundsätzlich ordnungsgemäß erfolgt ist. Die an Eurotransplant gemeldeten Daten stimmten mit den eingesehenen Krankenakten überein.

Es fand sich jedoch ein Fall (ET-Nr. [REDACTED]) mit einer in der gegenüber ET angegebenen Höhe nicht belegbaren und allokatonsrelevanten Sauerstoffzufuhr. Des Weiteren stellten die Kommissionen in einigen Fällen fest, dass der angegebene Sauerstoffbedarf bei einer kor-

rekten Titration niedriger ausgefallen wäre. Diese sogenannte Sauerstofftitration wurde aber erst seit Ende 2015 von der Vermittlungsstelle vorgegeben. Auch fanden sich im Ergebnis allerdings nicht allokatonsrelevante Unschärfen bei den Angaben zur Beatmungstherapie.

D■ Pat■ ET-Nr. ■ wurde am ■ mit der Diagnose einer Lungenfibrose und einem high-LAS von 83,43 im beschleunigten Vermittlungsverfahren transplantiert. In dem letzten LAS-Antrag vom ■ wurde ein O₂-Bedarf in Ruhe von 10 l/min angegeben und eine Blutgasanalyse vom selben Datum mit dem handschriftlichen Eintrag „bei 10 l“ beigefügt. Dieser Wert konnte jedoch anhand der eingesehenen Kurven nicht nachvollzogen werden. In Arztbriefen der ■ vom ■ und ■, also von 7 bis 9 Monaten vor Antragstellung, wird eine Langzeitsauerstofftherapie von 3 l/min angegeben. Es findet sich ferner eine Dokumentation der Transplantationskoordination vom ■ mit dem Text: „(...) Sauerstoff jetzt bei 8 Liter. (...) Möchte wieder nach Hause gehen.“ Eine Blutgasanalyse vom ■, also 2 Monate vor dem fraglichen LAS-Antrag, trägt einen handschriftlichen Eintrag „bei 4 l O₂“. Das Zentrum gibt an, dass es zwischen ■ und ■ zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen sei. Der tatsächliche Sauerstoffbedarf lässt sich durch klinische Befunde aber nicht belegen.

D■ Pat■ ET-Nr. ■ wurde am ■ mit der Diagnose einer zystischen Fibrose und einem high-LAS von 83,08 transplantiert. Bei der im letzten Antrag angegebenen FIO₂ von 59 % handelte es sich um den nach einer ECMO-Implantation gemessenen Wert. Hier hätte stattdessen der vor der ECMO-Implantation gemessene Wert von 46 % angegeben werden müssen. Zu Ungunsten d■ Pat■ wurde kein Wert für den eigentlich mit „0“ anzugebenden 6 MWT eingetragen.

Ebenfalls keine Allokationsrelevanz hatte es, dass bei d■ am ■ mit einem high-LAS von 88,83 transplantierten UIP-Pat■ ET-Nr. ■ sowie bei d■ am ■ mit einem high-LAS von 91,71 transplantierten, an einer exogen allergischen Alveolitis leidenden Pat■ ET-Nr. ■ jeweils eine NIV-Beatmung statt der tatsächlich durchgeführten nasalen High-Flow-Sauerstofftherapie gemeldet wurde.

Im Fall d■ Pat■ ET-Nr. ■, d■ am ■ wegen einer chronischen pulmonalen thromboembolischen Hypertonie und mit einem LAS von 40,65 transplantiert wurde, wird im letzten LAS-Antrag vom ■ ein Sauerstoffruhebedarf von 12 l/min angegeben. Dieser erschien den Sachverständigen zu hoch, da eine am Antragstag durchgeführte Sauerstofftitration bei 8 l/min nahezu identische Werte ergab. Da aber erst seit 2015 klare Empfehlungen zur Sauerstofftitration vorliegen, war die LAS-Meldung nach Ansicht der medizinischen Sachverständigen im Ergebnis ordnungsgemäß.

Gleiches gilt für d. am mit einem LAS von 39,99 transplantiert COPD-Pat ET-Nr., der nach den heute geltenden Titrierungsvorgaben ohne Sauerstoff, jedenfalls mit weniger als den gemeldeten 4 l/min ausgekommen wäre, und für d. am mit einem LAS von 35,26 transplantiert COPD-Pat ET-Nr., der auch mit 1 l/min statt 2 l/min ausreichend versorgt gewesen wäre.

Im Fall d. an einer COPD leidenden und am mit einem high-LAS von 82,56 transplantierten Pat ET-Nr. erschien den Sachverständigen die Gabe von 2 l/min als zu hoch. Da jedoch das Feld für den 6 MWT zu Ungunsten d. Pat freigelassen wurde - es hätte eine Gehstrecke von „0“ eingetragen werden können - ergab sich im Ergebnis keine Allokationsrelevanz.

Die Auswahl der Patienten im beschleunigten Vermittlungsverfahren konnte von den Kommissionen in allen Fällen anhand der in der Prüfung vorgelegten Unterlagen nachvollzogen werden.

Die Prüfung des Zentrums hat keine Hinweise auf ein bewusstes, geschweige denn systematisches Fehlverhalten ergeben. Die Feststellungen der Kommissionen beziehen sich auf nur singulär unrichtige Daten und betreffen im Übrigen die korrekte Ermittlung des Sauerstoffbedarfs in einer Zeit, in der noch keine klaren Titrationsvorgaben vorhanden waren.

Die Prüfung fand in einer angenehmen und sachlichen Atmosphäre statt.

Berlin, 1. Juli 2017



Prof. Dr. jur. Torsten Verrel
Stellvertretender Vorsitzender der Prüfungskommission