



Bundesärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen  
Ärztekammern



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



Splizenverband

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

### Kommissionsbericht der Prüfungs- und der Überwachungskommission

Prüfung des Lebertransplantationsprogramms der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Universitätsmedizin Göttingen am 22. Juni 2012, 6. September 2012, 15. Oktober 2012, vom 22. bis 25. Oktober 2012, am 12. November 2012 und 5. Dezember 2012

#### I. Ausgangspunkt der Prüfungen

Die Prüfungs- und die Überwachungskommission wurden auf mögliche Unregelmäßigkeiten im Lebertransplantationsbereich der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) durch ein Schreiben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) vom 4. Juli 2011 aufmerksam, in dem diese einen anonymen Anruf mitteilte, den sie erhalten hatte und der kriminelle Machenschaften an der Göttinger Uniklinik behauptete. [REDACTED]

[REDACTED]

#### II. Prüfung am 22. Juni 2012

In der Sitzung vom 16. Januar 2012 entschieden sich die Kommissionen darüberhinaus, die Ermittlungen wegen weiterer möglicher Vorfälle fortzusetzen. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED] Nachdem aufgrund der Kommissionsvorgaben und eines entsprechenden Ersuchens die Vermittlungsstelle eine Aufstellung von 26 möglichen Prüffällen bereitgestellt hatte, entschlossen sich die Kommissionen nach Abstimmung mit den Vertretern der Auftraggeber und mit Zustimmung des Vorstandes des Ressorts Krankenversorgung [REDACTED], am 22. Juni 2012 eine Visitation in der UMG durchzuführen. [REDACTED]

Durch diese Überprüfung wurden die folgenden Richtlinienverstöße bzw. Anhaltspunkte für Richtlinienverstöße festgestellt:

Bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] der am [REDACTED] transplantiert und am [REDACTED] retransplantiert wurde, war der gemeldete Anstieg des INR am [REDACTED] auf 5 von zuvor 2,3 und am [REDACTED] auf 5 von zuvor 1,2 auffällig. Beide Werte wurden seitens des Labors auch als auffällig gemeldet und nachfolgend storniert. Eine entsprechende Mitteilung gegenüber Eurotransplant erfolgte nicht. Der Grund für die Auffälligkeit der INR-Werte sowie des Bilirubinwertes konnte weder während des Audits noch durch die nachfolgenden Schriftsätze der UMG vom [REDACTED] und [REDACTED] geklärt werden, legten jedoch den Verdacht auf entsprechende Laborwertmanipulationen nahe. Insoweit wird auf die nachfolgenden Feststellungen der Sonderprüfung verwiesen.

Unklar blieb auch der Anstieg des Kreatinin-Wertes der am [REDACTED] transplantierten Patientin [REDACTED] von 0,88 mg/dl auf 2,98 mg/dl vom [REDACTED], obwohl der Harnstoff in diesem Zeitraum nicht angestiegen war. Die Frage, ob bei der äthyltoxischen Genese der Leberzirrhose die Alkoholkarenzzeit eingehalten war, konnte weder während des Audits noch durch die späteren Schriftsätze beantwortet werden.

Bei der am [REDACTED] transplantierten Patientin ET-Nr. [REDACTED] ist der Anstieg des Kreatininwertes von 0,94 mg/dl auf 6,04 mg/dl und des Bilirubinwertes von 14,50 mg/dl auf 21,00 mg/dl vom [REDACTED] auf eine Laborwertmanipulation zurückzuführen. Insoweit wird auf die nachfolgenden Ausführungen im Rahmen der Sonderprüfung Bezug genommen. Bei dieser Patientin ist des Weiteren die Alkoholkarenzzeit nicht eingehalten worden. Bei einer behaupteten Abstinenz seit [REDACTED] ist die Anmeldung zur Warteliste am [REDACTED] verfrüht.

Die Bedenken hinsichtlich der Laborwertentwicklung bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] konnten im Nachhinein ausgeräumt werden, wie sich aus dem Ergebnis der Sonderprüfung ergibt.

Anders verhält es sich hinsichtlich der Indikation zur Lebertransplantation bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] bei einem MELD-Score von 8 transplantiert und am [REDACTED] retransplantiert wurde. Die Indikation zur Ersttransplantation konnte auch im Rahmen der Sonderprüfung nicht geklärt werden.

Dies gilt auch für den Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert und am [REDACTED] retransplantiert wurde. Die Laborwerte rechtfertigten eine Transplantation nicht. Wegen der ergänzenden Ausführungen wird auf das Ergebnis der Sonderprüfung verwiesen.

Bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] konnten keine Unterlagen für die Durchführung der am [REDACTED] gemeldeten Dialyse vorgelegt werden. Dass eine Dialyse auch tatsächlich nicht durchgeführt worden ist, wurde durch die Sonderprüfung bestätigt. Die medizinische Indikation für eine Dialyse konnte ebenfalls nicht dargelegt werden.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] hätte von vornherein nicht transplantiert werden dürfen, weil sie an einem ausgedehnten Tumorleiden mit zahlreichen Tumordinfiltraten außerhalb der Leber erkrankt war.

Bei der Patientin ET-Nr. [REDACTED], die am [REDACTED] transplantiert wurde, ergaben sich bereits bei der Prüfung am [REDACTED] eindeutige Hinweise darauf, dass zuvor an dem INR-Wert, der vom [REDACTED] von 1,30 auf 5,00 angestiegen war, manipuliert worden ist. Hierzu und zu weiteren Verstößen in Bezug auf diese Patientin wird auf das Ergebnis der Sonderprüfung verwiesen.

Ein entsprechender Verweis gilt auch für die Patientin ET-Nr. [REDACTED]. Bei ihr wurde zwar eine Dialyse gemeldet aber nicht durchgeführt. Des Weiteren wurde die erforderliche Karenzzeit nicht eingehalten.

Hinsichtlich des Patienten ET-Nr. [REDACTED], der am [REDACTED] transplantiert und am [REDACTED] retransplantiert wurde, konnten für die Zeit vor der Ersttransplantation keine Daten vorgelegt werden. Hinsichtlich der weiteren Feststellungen wird auf das Ergebnis der Sonderprüfung verwiesen.

Zweifel an der tatsächlichen Durchführung einer Dialyse bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] konnten im Rahmen der Sonderprüfung ausgeräumt werden.

Dies gilt nicht für die Patientin ET-Nr. [REDACTED]. Dort erhöhte die Dialysemeldung am [REDACTED] den MELD-Score von 28 auf 40. Die Patientin wurde jedoch nicht dialysiert.

Die Frage hinsichtlich der Patientin ET-Nr. [REDACTED], warum bei einem Kreatininwert von 1,21 mg/dl bzw. 1,40 mg/dl eine Dialyse überhaupt erforderlich war und ob die gebotene Karenzzeit von 6 Monaten eingehalten war, konnte weder während des Audits am 22.6.2012 noch im Rahmen der Sonderprüfung von der UMG beantwortet werden.

Bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] legte bereits bei der Erstprüfung am [REDACTED] der Anstieg des INR-Wertes von 1,30 auf 5,00 vom [REDACTED] bei im Übrigen plausiblen anderen Werten den Verdacht auf eine Manipulation an der Probe nahe. Dies wurde bestätigt durch die zusätzliche Angabe, dass bei einer Nachprüfung alle anderen Werte überprüft worden seien aber nicht der stark veränderte Quickwert. Es wird des Weiteren auf die Feststellungen durch die Sonderprüfung verwiesen.

Hinsichtlich des Patienten ET-Nr. [REDACTED] war bereits zuvor durch Aktenprüfung festgestellt worden, dass der am [REDACTED] erfolgten Dialysemeldungen keine tatsächlichen Dialysen zugrunde lagen. In der Prüfung am 22.6.2012 wurden Unklarheiten hinsichtlich der Kreatinin- und der Harnstoffwerte sowie hinsichtlich des Wohnsitzes des Patienten festgestellt. Wegen dieser Feststellungen und weiterer Auffälligkeiten wird auf das Ergebnis der Sonderprüfung Bezug genommen.

Auch bei den Patienten ET-Nr. [REDACTED] und ET-Nr. [REDACTED] war trotz entgegenstehender Meldung keine Dialyse durchgeführt und die Einhaltung der Karenzzeit nicht überprüft worden. Wegen beider Patienten wird im Übrigen auf die Feststellungen der Sonderprüfung verwiesen. Dies gilt hinsichtlich der falschen Dialysemeldung auch für den Patienten ET-Nr. [REDACTED] und die Patientin ET-Nr. [REDACTED]. Bei dieser Patientin liegt darüberhinaus eine Laborwertfälschung vor. Bei der am [REDACTED] gemeldeten vermeintlichen Verschlechterung passt der Bilirubinwert von 5,2 mg/dl nicht zu einem Quickwert von 12. Diese mangelnde Plausibilität der Daten lässt den Rückschluss auf eine Manipulation der Daten zu. Hinsichtlich der weiteren Feststellungen wird ebenfalls auf die Ergebnisse der Sonderprüfung Bezug genommen.

Bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] ergab ebenfalls bereits die Überprüfung am 22.6.2012 den Verdacht auf Laborwertmanipulationen und eine unrichtige Dialyseangabe. Dies wurde durch die Sonderprüfung bestätigt, auf deren Ausführungen verwiesen wird.

Nach Durchführung der Prüfung am 22.6.2012 und dem wenig erfolgreichen Bemühen, durch Anfordern von Unterlagen zu einer weiteren Aufklärung zu gelangen, haben die Kommissionen beschlossen, dies durch eine Sonderprüfung zu erreichen. Die Ergebnisse dieser Sonderprüfung werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt.

### III. Ablauf und Gegenstände der Sonderprüfung

\_\_\_\_\_ haben als Sonderprüfer (Task-Force) der Prüfungs- und Überwachungskommission die UMG insgesamt fünfmal zu Prüfungszwecken aufgesucht: am 6. September 2012, am 15. Oktober 2012, vom 22. bis 25. Oktober 2012, am 12. November 2012 und schließlich am 5. Dezember 2012.

Beim Erstbesuch am 6. September 2012 fand auf Wunsch der Klinikleitung im Wesentlichen eine Vorbesprechung statt, an der von Seiten der UMG \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Gegenstände der Vorbesprechung waren hauptsächlich die Entwicklung des Bekanntwerdens der Unregelmäßigkeiten im Transplantationsbereich der UMG, die daraus gezogenen internen organisatorischen und personellen Konsequenzen sowie die Planung für einen reibungslosen Ablauf der Überprüfungen, da parallel auch eine von der UMG selbst eingesetzte interne Prüfungskommission bestehend aus den Herren \_\_\_\_\_ ihre Prüfearbeit beginnen sollte. Die eigentliche Prüfarbeit der Task Force der Prüfungs- und Überwachungskommissionen begann am 15. Oktober 2012.

Für diesen Termin hatten die beiden von der Klinikleitung der UMG eingesetzten \_\_\_\_\_ schon insofern Vorarbeit geleistet, als sie nach dem Erstbesuch am 6. September 2012, bei dem die Patientenakten, die die Sonderprüfer einsehen wollten, benannt und die von den Sonderprüfern anzuwendenden Prüfkriterien mit ihnen besprochen worden waren, Patientenakten sortiert und vorgesichtet und Auffälligkeiten teilweise schon dokumentierten. Sie gaben vorab summarisch einen Überblick über ihre Erkenntnisse.

Danach wurden von Seiten der UMG bzw. der verantwortlichen \_\_\_\_\_ bei einer in vielen Fällen bereits aus den Unterlagen erkennbaren Alkoholproblematik des/der betroffenen Patienten/in keinerlei Vorkehrungen getroffen, um sicher zu stellen, dass die erforderliche Karenzzeit eingehalten wurde. Ein psychiatrisches/psychologisches Konsil fand offenbar in den wenigsten Fällen statt. Jedenfalls fanden sich hierzu kaum Unterlagen. Die Frage der Einhaltung der richtlinienkonformen Alkoholka- renzzeiten wurde in der UMG bis Anfang 2012 mehr als nachlässig behandelt.

Beide Controller gaben zudem übereinstimmend an, dass auch zu den anderen Fragen häufig Unterlagen fehlten. Immer dann, wenn sie zu bestimmten Tagen bestimmte Protokolle oder andere Patientenunterlagen gesucht hätten, wären diese eigentlich nie auffindbar gewesen. Häufigste Anhaltspunkte für mögliche, den realen MELD-Score beeinflussende Manipulationen finden sich deshalb bei den im hausinternen elektronischen Datensystem

vorhandenen Laborwerten, also bei INR bzw. Quick sowie bei Bilirubin- und Kreatininwerten, die an Eurotransplant (ET) gemeldet wurden, aber aus dem übrigen Verlauf der Laborwerte oder dem Krankheitsbild nicht erklärlich sind.

Manipulationsmöglichkeiten bei den Laborwerten bestehen hinsichtlich der Bilirubin- und Kreatininwerte dahin, dass kleine Blutmengen eines entsprechend erkrankten anderen Patienten dem orange gekennzeichneten Röhrchen beigemischt werden oder indem die Blutentnahmeröhrchen insgesamt ausgetauscht werden und das Entnahmeröhrchen mit dem Blut des kränkeren Patienten mit dem Patientenetikett des anderen Patienten beklebt wird.

Für Manipulationen an den Gerinnungswerten gibt es mehrere Möglichkeiten. Zum einen kann das Blut mit Wasser verdünnt werden. Zum anderen kann die Pufferlösung aus einem zweiten, unbenutzten (grünen) Röhrchen in das für den Transplantationskandidaten bestimmt (grüne) Röhrchen umgefüllt werden, so dass sich die Pufferwirkung verdoppelt und das entsprechende schlechte Ergebnis zeigt. Eine solche Manipulationsart lässt sich gut vorbereiten, indem man in der Kitteltasche ein bereits zuvor präpariertes Röhrchen mit sich führt. Außerdem kann das Blut in dem für das Blutbild bestimmten (roten) Röhrchen (EDTA) ins grüne Röhrchen umgefüllt werden.

Eine weitere Manipulationsmöglichkeit ergibt sich bei der Medikation, die nach Patientenberichten ( [REDACTED] ) zumindest gelegentlich „sektorenübergreifend“, d.h. auch durch Hausärzte, stattgefunden haben soll, indem den ambulant verbliebenen Transplantationskandidaten Marcumar verabreicht oder verschrieben wurde. Denkbar ist eine solche Behandlungsart allerdings auch bei einer stationären Transplantationsvorbereitung.

Zu den einzelnen Problemgruppen ist zu bemerken, dass auffällige Laborwerte, die schon für sich genommen als konkrete Anhaltspunkte für den Verdacht einer Manipulation an den für den MELD-Score relevanten Parametern reichen, in der Regel trotz einer nach der Papierform Besorgnis erregenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes ohne therapeutische Konsequenzen blieben. Das ist wiederum ein starkes Indiz dafür, dass die beteiligten Ärzte diese auch nicht als reale Anzeichen für eine gesundheitliche Verschlechterung des/der Patienten/tin ansahen, wohl weil sie wussten, dass die Werte nicht den wirklichen Gesundheitszustand wiedergaben.

Transplantationskonferenzen, wenn sie überhaupt stattfanden, wurden von [REDACTED] nicht protokolliert, Unterlagen dazu gibt es jedenfalls nicht.

#### IV. Die geprüften Einzelfälle

Insgesamt wurden 105 Patientenakten gesichtet und geprüft. Hier werden jedoch nur die Fälle näher dargestellt, bei denen Richtlinienverstöße vorliegen und/oder sich ein Manipulationsverdacht ergeben hat.

Die Patientin ET [REDACTED] (*Manipulation und HCC*) wurde Ende [REDACTED] mit einem HCC bei ET gemeldet und SE-gelistet, was nach den uns vorgelegten übrigen Patientenunterlagen und Untersuchungsergebnissen einer realen Grundlage entbehrte, ein Nachweis für eine solche Erkrankung war den Unterlagen jedenfalls nicht zu entnehmen. Auch das Explantat zeigte kein HCC. Die SE-Meldung war nicht berechtigt. Möglicherweise handelte es sich um eine „vorsorgliche“ Meldung für die Zukunft, wenn der labMELD nicht für eine Allokation reichen sollte, da sich, wenn auch erst später relevant, der SE-MELD durch reinen Zeitablauf erhöht.

Die Patientin wurde am [REDACTED] transplantiert. Zuvor wurden zweimal, nämlich am [REDACTED] und am [REDACTED], für sie gegenüber dem vorherigen Verlauf deutlich erhöhte und für den MELD-Score relevante Werte an ET gemeldet. Am [REDACTED] erhöhte sich der vorher konstant bei 1.2 bis 1.5 liegend INR auf 5.0, was zu einem Anstieg des labMELD von 18 auf 31 Punkte führte. [REDACTED] Tage später war der INR wieder auf dem üblichen Niveau. Am [REDACTED] weichen INR, Kreatinin mit 5.34 mg/dl und das Bilirubin mit 8.00 mg/dl deutlich von dem üblichen Niveau ab, was zu einem labMELD von 39 führte. Unmittelbar vor der Transplantation waren die Werte wieder so normal wie vor dem [REDACTED] auch. Aus einem diese Patientin betreffenden Laborbericht ergibt sich, dass dort [REDACTED] am [REDACTED] die ungewöhnlich erhöhten Werte aufgefallen waren. Nach einem Telefonat mit der Station wird als Fußnote „Verwechslung“ eingetragen, ein Umstand der nicht an ET weiter gegeben wurde, d.h. die Werte blieben bei ET gemeldet und waren alloka-tionsrelevant.

Der Patient ET [REDACTED] (*fragliche Indikation*) litt an einer alkoholtoxischen Zirrhose und wurde das erste Mal kurz nach seiner Listung am [REDACTED] mit einem labMELD von 8 mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Aus dem Kurzbericht der Inneren an den Hausarzt ergab sich als Grund für die Transplantation ein Aszites. Weitere Indikationen waren nicht zu erkennen. Aus den Patientenunterlagen ist aber ersichtlich, dass die vor der Transplantation durchgeführte Medikation absolut unzureichend war. Alle Umstände sprechen dafür, dass der Patient damals unnötig transplantiert wurde! Er wurde am [REDACTED] erneut transplantiert, weil sich im Spenderorgan eine Gallengangsschädigung mit anschließender Dysfunktion der Leber entwickelt hatte. In der Zeit vor der zweiten Transplantation fiel ein Sprung im labMELD von 10 Punkten auf 30 Punkte auf. Es ergab sich aber kein Anhaltspunkt für eine Manipulation, die angegebene Dialyse wurde durchgeführt. Der Patient ist im [REDACTED] verstorben.

Der Patient ET [REDACTED] (*Manipulation*) litt ebenfalls an einer C2-Zirrhose. Er wurde am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot transplantiert bei einem labMELD von 29. Im Vorfeld ist am [REDACTED] ein Sprung im MELD-Score von ursprünglich 12 auf den gemeldeten Wert von 29, also um 17 Punkte auffällig, und zwar innerhalb von fünf Stunden, wie sich aus dem Laborprotokoll ablesen lässt. Dem lag ein nicht in den sonstigen Verlauf der Laborwerte passender Kreatininwert von 3.35 mg/dl und ein INR von 2.5 zugrunde. Zwei Tage später sind die Werte wieder auf dem üblichen früheren Niveau. Es besteht der dringende Verdacht einer Manipulation, die aber nicht allokatonsrelevant war, weil es sich um eine Rescue-Allokation handelte.

Der Patient ET [REDACTED] (*HCC*) wurde mit der Diagnose einer C2-Zirrhose und einem multifokalen, fast die ganze Leber einnehmenden HCC in der UMG gelistet, SE-gemeldet und am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Das HCC war klar außerhalb der Milan-Kriterien. Der schwer kranke Patient war zuvor im [REDACTED] behandelt und dort auch das HCC im [REDACTED] und [REDACTED] gesichert worden; angeblich bestand kein Anhalt für Metastasen, die Lymphknoten waren nicht vergrößert. Der Patient verstarb am [REDACTED].

Bei der Patientin ET [REDACTED] (*Manipulation*) handelt es sich um eine Frau, die wegen zuvor erlittener Thrombosen mit Marcumar behandelt wurde. Sie wurde am [REDACTED] aus einem Krankenhaus in [REDACTED] mit Verdacht auf Gallenblasenkarzinom und unklarem Leberversagen in die UMG überwiesen. Sie wurde dreimal transplantiert: am [REDACTED] nach einer HU-Meldung, am [REDACTED] nach Transplantatversagen und HU-Meldung und am [REDACTED] mit einem Normalangebot und einem labMELD von 38 Punkten.

Auffällig ist im Vorfeld der Re-Re-Transplantation ein Anstieg des Bilirubin innerhalb von zwei Tagen von 1.3 mg/dl am [REDACTED] auf 20.9 mg/dl am [REDACTED], am [REDACTED] lag der Bilirubinwert um [REDACTED] Uhr wieder bei 1.7 mg/dl. Ähnliches gilt für den Kreatininwert, der am [REDACTED] 1.4 mg/dl und am [REDACTED] 6.4 mg/dl betrug, am [REDACTED] war er wieder im für die Patientin üblichen Rahmen. Hier drängt sich auf, dass Fremdblut eines 3. Patienten untergeschoben wurde, da die Blutwerte am selben Tag auch bei der Patientin ET [REDACTED], die ebenfalls am [REDACTED] mit plötzlich angestiegenen Kreatinin- und Billirubinwerten transplantiert wurde, vergleichbar ausfallen. Das Gallenblasenkarzinom bestätigte sich bei der Patientin ET [REDACTED] nicht. Die Ursache ihres Leberversagens blieb letztlich unklar, wenn nicht Marcumar der Verursacher war. Die Laborwerte sprachen gegen ein wirkliches Leberversagen. Die Patientin verstarb [REDACTED] an einem Mammakarzinom.

Der im [REDACTED] gelistete Patient ET [REDACTED] (*Manipulation*) litt an einer C2-Zirrhose und wurde zunächst am [REDACTED] mit einem Zentrumsorgan transplantiert, und zwar bei einem labMELD von 11 Punkten. Eine Indikationsbegründung fand sich in den Unterlagen



nicht. Der Patient betrieb zwar viele Jahre Alkoholmissbrauch, soll aber seit mehreren Jahren nachweislich trocken gewesen sein [REDACTED]. Wegen Gallengangnekrosen mit Abszessen wurde eine zweite Transplantation notwendig, die am [REDACTED] stattfand. Im Vorfeld wurde der MELD-Score offenbar zweimal manipuliert. Der erste Versuch startete am [REDACTED]: Der Punktwert des labMELD stieg an diesem Tag auf 26 Punkte nach vorherigen Werten zwischen 10 und 13 Punkten. Der zweite Versuch wurde am [REDACTED] unternommen. Der Wert stieg von 11 Punkten am [REDACTED] auf 34 Punkte am [REDACTED], der Quick lag zu dem Zeitpunkt bei 19 %. Er war unmittelbar vor der Transplantation jedoch wieder auf die übliche Größenordnung gestiegen, d. h. normal.

Der Patient ET [REDACTED] (*HCC und Manipulation*) kam mit einer HBV- und HCC-Diagnose im [REDACTED] aus [REDACTED], wo eine Listung wegen der Größe des HCC abgelehnt worden war, nach Göttingen. Es war ein 7 cm großes Leberkarzinom diagnostiziert worden, multifokal mit fünf Herden und progredient. Der Patient kam mit einem labMELD von 7 und wurde in Göttingen im [REDACTED] gelistet und SE gemeldet. Röntgenbefunde o.ä. wurden in Göttingen nicht erhoben. Der Patient hätte nicht gelistet werden dürfen. Er wurde am [REDACTED] mit einem Normalangebot transplantiert bei einem labMELD von 34. Der MELD-Score wurde zuvor offenbar manipuliert. Am [REDACTED] wurde ein labMELD von 32 mit einem Bilirubin-Wert von 16.6 mg/dl und am [REDACTED] ein labMELD von 34 mit einem Bilirubin von 23.6 mg/dl an ET gemeldet, INR und Kreatinin waren am [REDACTED] ebenfalls nicht plausibel erhöht: das Kreatinin lag bei 3.09 mg/dl, INR betrug 2.7, was sich nach den sonstigen Unterlagen medizinisch nicht erklären lässt.

Bei dem Patienten ET [REDACTED] (*Manipulation*) handelt es sich um einen alkoholkranken [REDACTED] Jahre alten Mann mit einer C2-Zirrhose, der als HCC-Patient am [REDACTED] mit einem labMELD von 17 gelistet und auch SE-gemeldet wurde, was nicht berechtigt war, da im CT vier bis zu 4 cm große Knoten zu sehen waren. Die Pathologie des Explantats hat dies bestätigt. Am [REDACTED] wurde der Patient nach einer normalen Allokation bei einem labMELD von 33 transplantiert. Bei den zuvor bei ET gemeldeten Blutwerten vom [REDACTED] besteht dringender Manipulationsverdacht. Der Quickwert war erheblich abgefallen, Kreatinin und Bilirubin waren erhöht ([REDACTED]: Quick 20 %, Kreatinin 2.17 mg/dl, Bilirubin 5.3 mg/dl), ohne dass danach eine Kontrolle oder eine Behandlung stattfand. Eine solche lässt sich jedenfalls den Patientenunterlagen nicht entnehmen. Unmittelbar vor der Transplantation sind die Werte wieder auf dem üblichen Level und der labMELD bei 19.

Auffällig ist bei diesem Patienten, wie auch noch bei der Patientin ET [REDACTED], dass bei der Eingabe der Werte am [REDACTED] und [REDACTED] unter „Log in“ nicht wie sonst üblich der Name der Transplantationskoordinatorin steht, sondern [REDACTED], der Name eines Arztes. Dieser kannte sich aber offenbar nicht sonderlich gut aus und unterließ einen Teil der erforderlichen

Eingaben - welche, war aus den Unterlagen nicht erkennbar - so dass ET die Werte an beiden Tagen zunächst nicht akzeptierte. Dieselben (manipulierten) Werte, aber mit einer anderen Zeiteingabe (für die Entnahme), wurden am [REDACTED] unter dem „Log in“-Namen [REDACTED], dem Namen des Transplantationsbeauftragten in der UMG, korrekt an ET nachgemeldet bzw. wiederholt. Der Name [REDACTED] unter der Rubrik „Log in“ taucht, wie schon erwähnt, unter dem Datum [REDACTED] noch bei der Patientin ET [REDACTED] auf, für die 3 Minuten nach der Eingabe für den Patienten ET [REDACTED] ebenfalls (manipulierte) Werte eingegeben wurden.

Diese Patientin ET [REDACTED] (*Manipulation*) litt an einer Leberzirrhose auf der Grundlage einer Hepatitis C nach früherem Alkohol- und Heroinabusus. Sie wurde nach normaler Allokation bei einem labMELD von 30 am [REDACTED] transplantiert. Bei den vorab an ET gemeldeten Werten besteht ebenfalls der dringende Verdacht einer Manipulation. Der labMELD war am [REDACTED] noch auf dem Stand von 14 Punkten. Am [REDACTED] und [REDACTED] war er jeweils auf 30 Punkte angestiegen. Ebenfalls nicht erklärlich angestiegen war der Bilirubinwert von 1.5 mg/dl am [REDACTED] auf jeweils 21.5 mg/dl am [REDACTED] und am [REDACTED]. Angestiegen war auch das Kreatinin von 0.84 mg/dl auf 1.18 mg/dl am [REDACTED]. Die Werte vom [REDACTED] hatte der Arzt [REDACTED] in zeitlich unmittelbarer Abfolge wie beim Patienten [REDACTED] nicht in der korrekten Form eingegeben. Auch hier akzeptierte ET die Werte erst nicht, sie wurden später am [REDACTED] unter dem Namen [REDACTED] auch hier in korrekter Form wiederholt.

Der Patient ET [REDACTED] (Blutgruppe A) (*Indikation, Manipulation*) wurde am [REDACTED] mit einem Standardangebot bei einem labMELD von 29 transplantiert. Er litt angeblich an einer PSC, es waren aber anhand der Krankenunterlagen keine septischen Episoden, keine Gewichtsabnahme oder nicht therapierbare Stenosen feststellbar. Der Patient hat einen langen MELD-Verlauf. Seine erste Listung erfolgte in Göttingen am [REDACTED] wegen einer Gallengangproblematik. Er hatte einen labMELD von 11. SE gemeldet wurde er am [REDACTED]. Der Patient wurde zu der Zeit weder ambulant noch stationär in der UMG betreut. Seine Blutwerte vor der Transplantation sind manipulationsverdächtig, wenn auch nicht in dem hohen Maße, wie in den bereits dargestellten Fällen. So war am [REDACTED] sein Kreatininwert von vorher 2.0 mg/dl auf 6.5 mg/dl gestiegen, das Bilirubin von 1.7 mg/dl auf 2.7 mg/dl. Das Bilirubin sank später wieder auf 1.7 mg/dl, auch das Kreatinin sank wieder auf die vorher üblichen Werte. Zu erreichen wären solche Werteveränderungen mit Hilfe eines durch Beimischung von Fremdblut manipulierten orangefarbenen Röhrchens. Zudem war die Transplantationsindikation sehr fraglich. Die Gallenwege wären wahrscheinlich durch Stents sanierbar gewesen. Der Patient wurde erneut am [REDACTED] gelistet, aber am [REDACTED] wieder entlassen und weiter ambulant betreut. Ende [REDACTED] war er wieder gelistet. Festzustellen ist, dass der Patient erst durch die Transplantation sehr schwer krank wurde.

Der Patient ET [REDACTED] (*Manipulation*) litt an einer dekompensierten C2-Zirrhose. Er wurde am [REDACTED] bei einem zuvor am [REDACTED] gemeldeten labMELD von 40 mit einem Standardangebot transplantiert. Seine Blutgruppe war 0 positiv. Seine Blutwerte wurden vor der Transplantation offensichtlich manipuliert. Sein labMELD bewegte sich in den Wochen vorher stets im Rahmen von 18 bis 21 Punkten. Am [REDACTED] erreichte er nur 18 Punkte, sein Bilirubin lag an diesem Tag bei 1.3 mg/dl, das Kreatinin bei 1.89 mg/dl und der INR bei 1.2. Am [REDACTED] erreichte er 33 Punkte, bei einem Bilirubin von 16.8 mg/dl und einem INR von 2.5. Am [REDACTED] erreichte er erstmals 40 labMELD-Punkte bei einem Bilirubin von 23.7 mg/dl, einem Kreatinin von 3.3. mg/dl und einem INR von 3.4. Tags zuvor, am [REDACTED], lag der INR noch bei 1.3 bzw. einem Quick von 58 % und das Bilirubin lag bei 1.8, das Kreatinin bei 2.01. Medizinische Gründe haben sich für den Laborwertesprung nicht finden lassen. Am Tag der Transplantation waren die Blutwerte vor dem Eingriff auch wieder normal.

Es wurde eine zweite Transplantation erforderlich, die am [REDACTED] durchgeführt wurde. Grund hierfür war eine erneute Zirrhose, die sich im Transplantat gebildet hatte, außerdem hatte sich ein schwerer Gallengangschaden bei arterieller Stenose entwickelt. Für den Patienten war am [REDACTED] ein labMELD von 40 gemeldet worden, während vier Wochen vor der zweiten Transplantation die Werte noch normal gewesen waren. Hier hat sich jedoch kein ausreichender Anhalt für eine Manipulation ergeben. Der Patient ist [REDACTED] Jahr nach der zweiten Transplantation verstorben.

Der Patient ET [REDACTED] (*HCC*) war alkoholkrank mit entsprechenden Vorschädigungen auch des Herzens und litt an einer C2-Zirrhose. Ob die Karenzzeit eingehalten wurde, war nicht festzustellen, wahrscheinlich, wie auch in vielen anderen Fällen, nicht. Er wurde am [REDACTED] gelistet mit einem labMELD von 9; später wurde noch ein HCC nachgemeldet. Obwohl die diagnostizierte Raumforderung 7,9 cm maß und außerhalb der Milan-Kriterien lag, wurde der Patient dennoch als SE gemeldet. Am [REDACTED] wurde mit wahrscheinlich manipulierten Werten ein labMELD von 26 Punkten erreicht, ein weiterer Manipulationsversuch scheiterte [REDACTED] Woche später. Konkretere Werte bzw. Daten können aus den eingangs genannten Gründen nicht dargestellt werden, weil die entsprechenden Unterlagen hier fehlen. Der Patient wurde schließlich mit einer Zentrumsleber am [REDACTED] transplantiert. Er ist am [REDACTED] verstorben.

Der Patient ET [REDACTED] (*Alkoholkarenz*) litt an einer C2-Zirrhose. Er wurde mit einem labMELD von 37 am [REDACTED] gelistet und am [REDACTED] mit einem Standardangebot transplantiert. Sein Kreatinin lag bei 4.97 mg/dl, das Bilirubin bei 44 mg/dl. Anhaltspunkte für Manipulationen haben sich hier nicht ergeben, wohl aber ein Richtlinienverstoß hinsichtlich der erforderlichen Alkoholkarenz, die nicht eingehalten wurde. Laut OP-Bericht war der Pati-

ent nach eigenen Angaben erst seit [REDACTED] trocken, d.h. er hatte also noch bis Anfang [REDACTED] Alkohol getrunken. Hinsichtlich dieses Patienten fand ein Transplantationsboard statt, das sich für seine Listung entschieden hatte [REDACTED].

Der Patient ET [REDACTED] (*HCC und Manipulation*) kam am [REDACTED] von [REDACTED]. Er litt an einer C2-Zirrhose und hatte ein multifokales HCC-Karzinom. Mit einem Herd von 5,7 cm und mit 4 weiteren, kleineren Herden bis 3 cm. Der Patient wurde sechs Mal mit TACE behandelt und am [REDACTED] bei einem SE-MELD von 36 und einem labMELD von 8 transplantiert. Das Transplantat wies einen Gallengangschaden auf, deshalb wurde der Patient am [REDACTED] erneut transplantiert. Vor dieser zweiten Transplantation finden sich deutliche Anhaltspunkte für manipulierte Blutwerte. Denn am [REDACTED] lag der Quick bei 98 %, am [REDACTED] aber nur noch bei 47 %. Dieser Wert wurde an ET gemeldet; der Quick lag am [REDACTED] wieder bei 83 %. Der Patient ist am [REDACTED] verstorben.

Der Patient ET [REDACTED] (*HCC und Manipulation*) wird in der UMG mit einer C2-Zirrhose und einem HCC am [REDACTED] gelistet und SE gemeldet. Am [REDACTED] wurde er nach einer normalen Allokation und bei einem labMELD von 33 transplantiert. Die SE-Meldung war nicht berechtigt, weil das HCC >10 cm war und eine extrahepatische Metastasierung vorlag. Der Patient wurde ambulant kontrolliert. Am [REDACTED] ergeben die wahrscheinlich manipulierten Werte einen MELD von 29, trotzdem geht der Patient nach Hause, was als ein deutliches Manipulationsanzeichen gewertet werden kann. Ebenso ist der INR am [REDACTED], einen Tag vor der Transplantation, ungewöhnlich hoch. Auf dieser Grundlage erfolgte die Allokation.

Der Patient ET [REDACTED] (*Manipulation*) war durch einen Verkehrsunfall polytraumatisch geschädigt und entwickelte danach eine SSC, die zu einer Fibrose/Zirrhose der Leber mit Proliferation der Gallengänge führte (OP-Bericht vom [REDACTED]). Er wurde als Privatpatient von [REDACTED] stationär auf der allgemeinen chirurgischen Station der UMG behandelt. Am [REDACTED] erfolgte seine Listung, am [REDACTED] wurde er mit einem Normalangebot transplantiert. Für diesen Patienten wurden am [REDACTED] fragwürdige Laborwerte gemeldet, die allokatonsrelevant waren und zwar die Meldung des Quick mit 46 %, des Kreatinins mit 3.52 mg/dl und des Bilirubins mit 10.4 mg/dl, was zu einem labMELD von 32 führte. Diese Werte wichen ohne erkennbaren medizinischen Grund von vorher und nachher festgestellten Werten ab, die wie folgt lauteten: am [REDACTED] lag der Quickwert bei 116 %, das Kreatinin bei 1.7 mg/dl und Bilirubin bei 1.2 mg/dl; am [REDACTED] war der Quickwert wieder bei 95 %, das Kreatinin bei 3.26 mg/dl und das Bilirubin bei 1.1 mg/dl, was einen labMELD von 19 ergeben hätte, aber bei ET nicht gemeldet wurde. Es ist daher von einer Manipulation der Blutwerte auszugehen.

Der Patient ET [REDACTED] (*Manipulation*) wurde am [REDACTED] gelistet mit einem labMELD von 12 wegen einer chronischen HCV-Zirrhose und am [REDACTED] mit einem

labMELD von 40 transplantiert. Grundlage für die Allokation waren die am [REDACTED] für den Patienten gemeldeten Laborparameter: Quick 10 %, Kreatinin 2.57 mg/dl und Bilirubin 5.2 mg/dl.

Das weicht ohne erkennbare medizinische Ursache deutlich von den vorherigen Werten ab, denn am [REDACTED] lag der Quick bei 40 %, das Kreatinin bei 5.27 mg/dl und das Bilirubin bei 4.6 mg/dl. Das Labor meldete die Werte vom [REDACTED] bei der einsendenden Station der Gastroenterologie als aus dem Rahmen fallend, die diese als falsche Abnahme deklarierte. Bei ET blieben die Werte vom [REDACTED] trotzdem gemeldet.

Im [REDACTED] wurde der Patient erneut gelistet, aber kein zweites Mal transplantiert, möglicherweise weil er sich stabilisiert hatte oder weil sich die Rahmenbedingungen verändert hatten.

Bei dem Patienten ET [REDACTED] (*HCC und Manipulation*) war ein sehr großes HCC (CT Thorax und Becken vom [REDACTED]: diffuses HCC von 13,5 x 8,6 x 12,8 cm Größe) diagnostiziert worden. Obwohl das HCC weit außerhalb der Milan-Kriterien lag, wurde er am [REDACTED] gelistet und SE gemeldet. Nach einem weiteren CT wurde das HCC am [REDACTED] trotz oraler Chemotherapie als progredient beschrieben. Am [REDACTED] wurde der Patient mit einem Normalangebot transplantiert. Die Allokation erfolgte auf der Grundlage einer ambulant genommenen Blutprobe vom [REDACTED], die bei ET gemeldet wurde und zu einem MELD-Score von 40 Punkten führte. Am [REDACTED] lauteten die Werte wie folgt: Quick 20 %, Kreatinin 3.9 mg/dl, Bilirubin 8.3 mg/dl. Vorher und nachher bewegten sich alle drei Werte im Normbereich, der Patient war auch beschwerdefrei und wurde nach der ambulanten Blutentnahme nach Hause geschickt. Er wurde erst wieder für die Transplantation stationär aufgenommen.

Im Explantat fand sich ein Tumor von 15 x 6 x 17cm Größe, aber keine Zirrhose. [REDACTED]. Der Patient hätte nicht SE-gelistet werden dürfen. Zusätzlich bestehen erhebliche Verdachtsmomente für eine Manipulation der Laborwerte vom [REDACTED].

Die Patientin ET [REDACTED] (*Indikation*) wurde am [REDACTED] transplantiert. Die Transplantation wurde bei einem labMELD von 8 mit einem Zentrumsangebot durchgeführt. Als Grund wurde eine äthyltoxische Hepatitis angegeben. Die Patientin, die [REDACTED] noch einen labMELD von 20 Punkten aufwies, hatte in der Zwischenzeit ersichtlich nicht mehr getrunken. Ausweislich der Patientenunterlagen, die für den [REDACTED] belegen, dass Äthanol unter 0,03 Promille lag und auch kein Aszites und auch keine Enzephalopathie als Komplikationen vorlagen, die Patientin sogar an Gewicht zugenommen hatte, war eine Indikation für die Transplantation wohl nicht gegeben.

Das entgegengesetzte Problem im Zusammenhang mit äthyltoxisch bedingten Lebererkrankungen findet sich bei dem Patienten ET [REDACTED] (*Alkoholkarenz*). Der Patient war am

██████ aus dem Krankenhaus ████████ aus der Entzugsbehandlung mit gastrointestinaler Blutung und akutem Leberversagen übernommen worden. Nach Rücksprache mit ████████ und dem Transplantationschirurgen wurde der Pat. trotz bestehendem Alkoholmissbrauch (am ████████: GOT 2100, GPT 2240), mit einem labMELD von 40 gelistet und am ████████ transplantiert. Die der Meldung zugrundeliegenden Blutwerte, ein Kreatinin von ca. 4 mg/dl, Bilirubin von ca. 5 mg/dl und ein Quick zwischen 20 % - 40 % erscheinen nicht manipuliert, da sie nach Blutentnahmen auf verschiedenen Stationen der UMG ermittelt wurden. Der Patient wurde am ████████ aus der UMG entlassen, seine letzte Vorstellung in der Ambulanz hatte zum Zeitpunkt der Überprüfung der UMG im ████████ stattgefunden. Die Transplantation eines aktiven Alkoholikers stellt einen eindeutigen Richtlinienverstoß dar.

Der Patient ET ████████ (HCC) wurde im ████████ in der UMG zur Evaluation aufgenommen. Am ████████ wurde er SE gemeldet und am ████████ transplantiert. Das HCC wurde vorab durch CT und Biopsie in der ████████ in ████████ verifiziert. Bei einem CT in der UMG vom ████████ und vom ████████ ergab sich der Verdacht für multiple Metastasen im Stamm. Der Patient wurde TACE behandelt. Im ████████ wurde ein Progress der Raumforderung in der Leber festgestellt, am ████████ wurde festgestellt, dass der Patient tatsächlich voller Metastasen war, mehrere Herde von 5 cm Größe. Die Histologie des Explantats im ████████ ergab zunächst ein hepatozelluläres Karzinom, sarkomatös wirkend, ein Nachbefund der Pathologie belegte jedoch ein Sarkom.

Die HCC-Meldung hätte nicht erfolgen dürfen, einmal wegen der Größe des Tumors, zum anderen handelte es sich um ein Sarkom. Die extrahepatischen Metastasen stellten außerdem eine Kontraindikation dar.

Der Patient ET-Nr. ████████ (Manipulation) wurde im ████████ wegen einer autoimmunbedingten Zirrhose in der UMG zur Lebertransplantation gelistet (██████████). Er war Wahlleistungspatient von ████████. Er wurde zweimal transplantiert, die erste Lebertransplantation fand am ████████ statt, am ████████ wurde ihm erneut eine Leber transplantiert und am ████████ erhielt er eine rechte Niere implantiert. Als Indikation für die zweite kombinierte Transplantation wurden Komplikationen beim Transplantat und Nierenschädigung durch Medikamente angegeben (Operationsbericht vom ████████). Im Fall dieses Patienten besteht vor beiden Transplantationen der dringende Verdacht der Manipulation der Blutwerte: Bei über Monaten stabilen Blutwerten fiel bzw. sprang bei einer am ████████ ambulant vorgenommenen Blutentnahme der Gerinnungswert auf einen Quick von 10 % bzw. INR >5, diese an ET gemeldeten Werte führten zu einem labMELD von 38 und zu einer raschen Organallokation. Trotz des dramatischen Gerinnungswerts blieb der Patient ambulant bis zur stationären Aufnahme für die Transplantation. Tatsächlich hatte das Labor die Werte vom ████████ als auffällig im Sekretariat des ████████ gemeldet, die Werte

wurden von dort als Verwechslung deklariert, aber gegenüber ET nicht korrigiert. Ähnliches ereignete sich später vor der zweiten Lebertransplantation. Der Patient wurde außerdem bei ET ab dem [REDACTED] als dialysepflichtig gemeldet, was zutraf, da die Nierenfunktion zunehmend schlechter wurde als Folge von Nebenwirkungen der Medikamente. Auch die transplantierte Leber funktionierte wegen einer Verengung des Gallengangs nicht uneingeschränkt. Ende [REDACTED] wurde der Patient für einige Tage stationär aufgenommen, aber am [REDACTED] wieder nach Hause entlassen. Eine ambulant durchgeführte Blutentnahme vom [REDACTED] ergab einen Bilirubinwert von 4.2 mg/dl und eine INR von >5, die mit den vorher und nachher ermittelten Werten nicht zu vereinbaren waren ([REDACTED] INR 1.2 und Bilirubin 1.6 mg/dl, am [REDACTED] INR 1.4 und Bilirubin 1.1 mg/dl), was wiederum zu einer telefonischen Nachfrage des Labors im Sekretariat des [REDACTED] führte. Die Fehlerhaftigkeit wurde bestätigt und die Stornierung erfolgte, das Stornierungsprotokoll ist vorhanden. Dennoch wurden die fehlerhaften Werte an ET gemeldet bzw. dort nicht zurückgezogen. Diese Werte hatten einen Anstieg des labMELD von zuvor 24 auf 40 zur Folge und führten zu einer schnellen Organallokation. Bis zur Aufnahme für die Transplantation am [REDACTED] verblieb der Patient ambulant.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation und Alkoholkarenz*) wurde mit der Diagnose einer dekompensierten (äthyltoxischen) Leberzirrhose Child C mit Aszites am [REDACTED] bei ET gemeldet und in der UMG am [REDACTED] bei einem labMELD von 36 mit einem Standardangebot transplantiert. Die Patientin soll erst seit [REDACTED] abstinent gewesen sein (Arztbrief vom [REDACTED]). Die Anmeldung zur Warteliste erfolgte somit verfrüht. Bei dieser Patientin fällt ein Sprung der Kreatinin- und Bilirubin-Werte zwischen dem [REDACTED] (Kreatinin 0.94 mg/dl und Bilirubin 14.5 mg/dl) und dem [REDACTED] (Kreatinin 6.09 mg/dl und Bilirubin 21.0 mg/dl) auf. Beide Werte lagen auch zuvor in niedrigeren Bereichen, so betrug am [REDACTED] Kreatinin 0.71 mg/dl und Bilirubin 14.4 mg/dl. Durch den Sprung am [REDACTED] stieg der labMELD von 27 auf 36 Punkte, das war allokatonsrelevant. Diese Patientin wusste nach Auskunft eines der Controller der UMG ganz genau, dass sie am Tag der (angeblichen) Blutentnahme [REDACTED] nicht in der Ambulanz zur Blutentnahme war. Nach Überzeugung beider [REDACTED] wurde die Patientin mit dem Blut desselben 3. Patienten „versorgt“ wie die Patientin ET-Nr. [REDACTED]. Jene Patientin wurde am [REDACTED] zum 3. Mal transplantiert. Bei ihr stiegen die Werte vom [REDACTED] (Bilirubin 1.30 mg/dl und Kreatinin 4.34 mg/dl) zum [REDACTED] (Bilirubin 20.9 mg/dl und Kreatinin 6.4 mg/dl) ebenso auffällig, der labMELD von 32 auf 38 Punkte.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) wurde zweimal transplantiert, erstmals am [REDACTED]. Die zweite TX wurde nach einer HU-Listung wegen Transplantatversagens am [REDACTED] durchgeführt. Der Pat. war mit einem labMELD von 15 gelistet worden, die erste TX war ein

Zentrumsangebot. Vor der ersten LTX war eine chronische Hepatitis C bekannt, ebenso ein Drogen- und Alkoholmissbrauch, der Patient befand sich im Methadonprogramm. Auffällig ist in diesem Fall, dass im Datensystem der UMG nur noch wenige Daten zu den Blutwerten vor der ersten TX enthalten sind, so sollen Kreatinin und Quick am [REDACTED] in Ordnung gewesen sein (so der handschriftliche Vermerk auf dem, der BÄK übermittelten, Auszug aus den Patientenunterlagen. Aus anderer Quelle [REDACTED]) ergibt die Berechnung aus den Blutwerten vom [REDACTED] kurz vor der OP (Kreatinin 0.77 mg/dl, Bilirubin 1.1 mg/dl, Quick 77 % und INR 1.2) einen MELD-Score von 6, also nahezu normale Werte! Als weitere Werte stehen noch die von ET übermittelten Daten zur Verfügung: für den [REDACTED] ein Kreatinin von 0.88 mg/dl, ein Bilirubin von 2.70 mg/dl und ein INR von 1.58, was einen MELD-Score von 15 ergibt; am [REDACTED] erfolgte durch ET ein Downgrading des MELD-Scores auf 6, weil bei dem ambulant betreuten Patienten keine neuen Werte nachgemeldet wurden. Am [REDACTED] stieg das Kreatinin auf 6.05 mg/dl, das Bilirubin auf 8.8 mg/dl und der INR auf 4.1, was einen labMELD von 40 ergab.

Es gibt noch einen Entlassungsbrief vom [REDACTED], der sich auf die erste TX insoweit bezieht, dass als Indikation eine dekompensierte Zirrhose bei chronischer Hepatitis C angegeben wird. Das Transplantat versagte und war der Grund für Re-Transplantation. Beide OP-Berichte sind kurz und nichtssagend, die Explant-Pathologie ergab eine zu 90 % verfettete Leber (es handelt sich um das erste transplantierte Organ, die eigene Leber des Patienten war deshalb besser als die transplantierte). Auf dem Aktenauszug für die BÄK findet sich ein handschriftlicher Vermerk: „Laborwerte rechtfertigen TPX nicht, [REDACTED] evtl. anhören, konservative Behandl. hätte wohl ausgereicht“.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Dialysefalschangabe*) wurde in der Nacht zum [REDACTED] als Notfall wegen einer akuten Dekompensation der seit [REDACTED] bestehenden C2-Zirrhose in der UMG stationär aufgenommen. Die Angabe, dass der Patient seit [REDACTED] Jahre trocken sei, scheint zuzutreffen, die Laborwerte bestätigten seine Abstinenz. Er wurde bei ET HU gemeldet, jedoch erfolgte zunächst keine Allokation. Seit [REDACTED] war er außerdem SE gemeldet mit einem multifokalen HCC, was allerdings nie richtig gesichert wurde. Er wurde am [REDACTED] mit einem Standardangebot transplantiert bei einem labMELD von 40. Am [REDACTED] ergaben die Blutwerte pp. einen auffälligen MELD-Sprung von 19 Punkten am [REDACTED] (Kreatinin 1.13 mg/dl, Bilirubin 8.7mg/dl, INR 1.3) um 21 Punkte auf 40 labMELD-Punkte am [REDACTED] (Kreatinin 2.59 mg/dl, Bilirubin 19.99 mg/dl, INR 2.3), hier wurden erstmals bei der Rubrik Dialyse: yes angegeben, was zu einem labMELD von 40 und einer umgehenden Allokation eines Organs führte. Belege für die Durchführung einer Dialyse haben sich nicht gefunden, weder ein Protokoll noch eine Unterlage über eine Abrechnung, auch nicht in der Abrechnung. Die Angabe zur Dialyse ist offensichtlich manipulativ verwendet



worden. Außerdem findet sich ein handschriftlicher Vermerk auf den Unterlagen der UMG für die BÄK: „medizinische Indikation für Dialyse nicht gegeben“.

Bei der am [REDACTED] mit einem Normalangebot in der UMG transplantierten Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Dialysefalschmeldung, Alkoholkarenz*) handelte es sich bei der TX um eine aktiv alkoholabhängige Frau, die über mehrere Jahre täglich eine halbe Flasche Wodka konsumiert hatte, zuletzt [REDACTED] Wochen vor ihrer stationären Aufnahme im [REDACTED]. Zuvor wurde sie bereits mehrfach wegen einer wiederholt dekompensierten äthyltoxischen Leberzirrhose stationär behandelt [REDACTED] und am [REDACTED] von der UMG übernommen, wo sie am [REDACTED] zur Lebertransplantation gelistet wurde. An ET wurden folgende Werte gemeldet: Kreatinin 2.33 mg/dl, Bilirubin 22.0, INR 1.9. Außerdem wurde die Durchführung einer Dialyse mit „yes“ angegeben, was zu einem labMELD von 39 und einer alsbaldigen Organallokation führte. Zuvor war bei der Patientin in dem überweisenden Krankenhaus vom [REDACTED] bis zum [REDACTED] täglich eine Hämofiltration durchgeführt worden [REDACTED]. In der UMG wurde kein Nierenersatzverfahren durchgeführt, es fanden sich jedenfalls keine Belege dafür (Abrechnung pp.). Zwischen letzter Hämofiltration und der Angabe vom [REDACTED] gegenüber ET, dass die Patientin dialysepflichtig sei, lagen 12 Tage. Der labMELD mit Dialyse betrug 39 Punkte, ohne Dialyse hätte er bei 33 Punkten gelegen.

Bei der Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*HCC, Indikation, Manipulation*) war die Diagnose einer chronischen Hepatitis-C-Infektion mit V.a. HCC im Segment IV gestellt worden [REDACTED]. Sie wurde zweimal transplantiert. Die erste Transplantation wurde am [REDACTED] auf der Basis eines SE-MELD von 34 durchgeführt, die zweite fand nach zunehmendem Transplantatversagen am [REDACTED] mit einem Normalangebot bei einem labMELD von 40 statt. Die Patientin war am [REDACTED] bei ET als Standard-Exception gemeldet worden, obwohl ein HCC nie gesichert worden war und auch danach nicht gesichert werden konnte. In den dokumentierten Ergebnissen der Bildgebungen, die bei der Sonderprüfung eingesehen werden konnten, war kein Tumor zu erkennen. Es existiert kein Kernspin, auch in der Abdomensonografie fand sich kein Hinweis auf ein HCC, ein HCC ist auch histologisch nicht bestätigt worden, im Explantat bei der ersten TX fand sich eine 1,5 cm große Gallengangzyste, aber keine Malignität. Die SE-Meldung war nicht gerechtfertigt und die erste Transplantation, die bei einem labMELD von 15 durchgeführt wurde, ohne Indikation. Im Aufnahmebogen der UMG vom [REDACTED] wird als Diagnose angegeben: Aszites bei PHZ 2008, Hep C Infektion 1996 ED, V.a. HCC. Der labMELD lag in diesem Zeitraum schwankend zwischen 10 bis 15 Punkten.

Ab [REDACTED] stellte sich bei der Patientin ein zunehmendes Transplantatversagen ein, was zu der zweiten Transplantation führte. OP-Berichte liegen für beide Transplantationen nicht

vor, zur zweiten Transplantation gibt es bis auf ein Laborprotokoll auch sonst keine näheren Unterlagen. Vor der Re-TX vom [REDACTED] ist ein Sprung des bis dahin stabilen INR-Wertes auffällig. Der INR lag am [REDACTED] bei 1.2 und am [REDACTED] bei 1.3. Am [REDACTED] stieg er auf einen Wert von 5.0 und am [REDACTED] auf 4.20. Entsprechend stieg auch der labMELD von 24 Punkten am [REDACTED] auf jeweils 40 Punkte an den beiden späteren Tagen, was zur Allokation führte. Medizinische Erklärungen für diesen Sprung im Gerinnungswert sind nicht erkennbar, es besteht deshalb der dringende Verdacht der Manipulation des Gerinnungswertes. Im Laborprotokoll vom [REDACTED] findet sich für [REDACTED] Uhr als Resultat-Kommentar zum Quick: „Probe ist 8 mm überfüllt.“ Für die erste Transplantation gab es keine Indikation, die Patientin ist am [REDACTED] verstorben.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (HCC) wurde mit der Diagnose einer chronischen Hepatitis-C Leberzirrhose und HCC, am [REDACTED] transplantiert. Er war als Standard Exception gemeldet worden, obwohl sein HCC mit einer Größe von 8 x 5 cm [REDACTED] außerhalb der Milan-Kriterien lag. Trotz TACE-Behandlung fand sich im Explantat noch ein HCC von 5 cm (Histologiebefund des Explantats). Das HCC war regelgerecht gesichert worden.

Die Allokation des Organs erfolgte am [REDACTED] mit einem SE-MELD von 29 und bei einem labMELD von 10 Punkten. Weitere Daten für die Zeit vor dem [REDACTED] und zur Transplantation liegen nicht vor.

Nach der Transplantation kam es zu einem Transplantatversagen, der Patient wurde wegen akuten Nierenversagens dialysepflichtig (belegt Abrechnung zu Hamofiltration am [REDACTED] und Hämodialyse am [REDACTED] und [REDACTED]) und wurde am [REDACTED] HU gemeldet. Zur Re-LTX kam es nicht mehr, weil der Patient am [REDACTED] verstarb.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (Dialyse) litt ursprünglich an einer HCV-Zirrhose. Sie wurde bereits am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Sie war im [REDACTED] in der UMG zur Lebendspende durch ihren Bruder vorgesehen. Aufnahmeunterlagen oder Berichte zur Ausgangsdiagnose und –situation vor der ersten TX finden sich nicht. Lediglich ein Verlegungsbrief vom [REDACTED] nach einer erneuten TX berichtet von einer damaligen Hepatitis-C-Zirrhose. Die Re-Transplantation fand am [REDACTED] statt. Grund war nach dem eben erwähnten Bericht ein Transplantatversagen bei einem Hepatitis-C-Rezidiv. Im Gallengangbereich hatte sich eine Stenose entwickelt, die mehrfach mit Stents versorgt worden war. Vor der Re-Transplantation fällt ein Sprung im MELD-Score auf. Er stieg von 28 Punkten am [REDACTED] auf 40 Punkte am [REDACTED]. Das Kreatinin lag am [REDACTED] bei 1.69 mg/dl, der INR-Wert bei 1.5. Am [REDACTED] betrug das Kreatinin 1.54 mg/dl, der INR lag bei 2.4. Am [REDACTED] wird zum ersten Mal eine Dialyse behauptet („y“ in der entsprechenden Spalte),

was den MELD-Sprung verursacht. In den Unterlagen finden sich jedoch keine Belege für die Durchführung einer Dialyse, abgerechnet wurde eine solche Behandlung auch nicht. Auch die Kreatininwerte rechtfertigten eine Dialyse nicht. Es handelt sich um eine offensichtliche Falsch-Angabe zur Dialyse, die den MELD-Score auf 40 angehoben hat.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Dialyse*) wurde als Notfall am [REDACTED] aus einem anderen Krankenhaus mit der Diagnose dekompensierte C2-Zirrhose mit intraabdominellen Blutungen unklarer Lokalisation übernommen. Zur Alkoholkarenz fand sich in den Unterlagen nichts.

Die Patientin wurde am [REDACTED] bei einem labMELD von 40 mit einem Standardangebot transplantiert. Die Laborwerte sind ab dem [REDACTED] dokumentiert. Der labMELD ist bereits am [REDACTED] und [REDACTED] hoch (37 bzw. 40), in der Spalte für Dialyse findet sich an beiden Tagen „y“. Tatsächlich abgerechnet wurden für den [REDACTED] und [REDACTED] je eine kontinuierliche Hämofiltration, also vor der TX, sowie eine Hämodialyse für den [REDACTED] nach der TX. Eine Indikation für eine Nierenersatztherapie erscheint angesichts der Kreatininwerte von 1.21 mg/dl am [REDACTED] und 1.4 mg/dl am [REDACTED] fraglich.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation*) war bereits [REDACTED] wegen einer HBV-Zirrhose transplantiert worden. Eine erneute Transplantation wurde wegen eines HBV-Rezidivs am [REDACTED] bei einem labMELD von 38 durchgeführt. Hier besteht der erhebliche Verdacht der Manipulation des INR-Wertes. Der Patient wurde am [REDACTED] wieder stationär aufgenommen und befand sich auf der Station 1026 (vorläufiger Entlassungsbericht vom [REDACTED]). Seine Laborwerte waren zunächst alle stabil, auch der INR, der am [REDACTED] bei 1.3 lag, wie schon zuvor am [REDACTED]. Am [REDACTED] lag er bei 1.4. Am [REDACTED] stieg der INR auf 5.0 = Quick <10. Dieser Wert wurde an ET weitergegeben, der labMELD stieg von zuvor 25 am [REDACTED] auf 38 Punkte am [REDACTED] an. Nach telefonischer Rücksprache mit der Station wurde der Wert im UMG-System gelöscht, blieb aber bei ET gemeldet. Alle anderen Werte bewegten sich im üblichen Rahmen. Es besteht der dringende Verdacht der Manipulation des Gerinnungswertes eventuell durch Substanzveränderung der Blutprobe.

Der Fall [REDACTED] Patienten ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation, Indikation*) ist schon aus nicht-medizinischen Gründen dubios (Scheinadressen angegeben, tatsächlich hatte sich der Patient in einem Hotel in Göttingen eingemietet, ominöse Zahlungswege usw.). Der als „resident“ bei ET gemeldete Patient wurde am [REDACTED] bei einem zuvor am [REDACTED] erreichten labMELD von 40 transplantiert. Als Diagnose für die OP wird angegeben: HCC bei chronischer Hepatitis B. Bei diesem Selbstzahler-Patienten besteht der dringende Verdacht nicht nur der Status-Falschmeldung, sondern auch fast aller relevanter Angaben. Für den Patienten wurde am [REDACTED] eine Standard Exception beantragt. Tat-

sächlich war auch ein zuvor nicht regeigerecht abgeklärtes HCC vorhanden. Im Explantat fand sich ein multifokales cholangiozelluläres Karzinom von 8-10 cm Größe mit Metastasen in 15 bis 16 Lymphknoten und in der Niere [REDACTED], eine deutliche Kontraindikation für eine Transplantation. Der Patient wurde zunächst ab [REDACTED] bis zum [REDACTED] ambulant behandelt und wurde erst am [REDACTED] zur Transplantation stationär aufgenommen. Der Verlauf der bei ET gemeldeten Werte ist zunächst vom [REDACTED] bis [REDACTED] unauffällig. Am [REDACTED] lag das Kreatinin bei 0.7 mg/dl, das Bilirubin bei 0.9 mg/dl und der INR-Wert bei 1.1. Der labMELD betrug 8 Punkte. Ab dem [REDACTED] steigen INR und MELD-Score aber bis zum [REDACTED] deutlich an. Am [REDACTED] ergab das Labor ein Kreatinin von 1.35 mg/dl, ein Bilirubin von 12.8 mg/dl und einen INR 2.30, der labMELD betrug 28 Punkte. Am [REDACTED] ergab das Labor ein Kreatinin von 1.2 mg/dl, ein Bilirubin von 10.4 mg/dl, einen INR 5.00 und einen labMELD von 35. Dennoch blieb der Patient in ambulanter Betreuung. Am [REDACTED] lagen die Laborwerte für das Kreatinin bei 2.04 mg/dl, für das Bilirubin bei 6.0 mg/dl und einem INR von 3.5. Außerdem wurde der Patient erstmals als dialysepflichtig gemeldet, was den labMELD auf 40 Punkte steigen ließ. Am [REDACTED] erreichte der Patient ebenfalls einen labMELD von 40 bei einem Kreatinin von 1.84 mg/dl, einem Bilirubin von 5.0 mg/dl und einem INR 4.20. Auch hier wurde die Durchführung von Hämodialysen bejaht, was zur Organallokation führte. Unterlagen über die Durchführung von Dialysen o.ä. fanden sich nicht.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Dialyse, Alkoholkarenz*) wurde mit subakutem Leberversagen, bei chronischem Alkoholabusus und chronischer HCV am [REDACTED] von der UMG aus einem [REDACTED] Krankenhaus, in dem er sich zur Entzugstherapie befand, übernommen und noch am selben Tag zur Lebertransplantation gemeldet. Der Patient wurde am [REDACTED] mit einem Normalangebot bei einem labMELD von 40 transplantiert. Dem lagen folgende am [REDACTED] bei ET gemeldete Werte zugrunde: Kreatinin 0.75 mg/dl, Bilirubin 12.6 mg/dl und INR von 2.8. Außerdem wurde in der Rubrik für Dialyse „Yes“ angegeben. Für die Durchführung einer nach den festgestellten Kreatininwerten auch nicht indizierten Nierenersatztherapie haben sich keine Unterlagen (Protokolle, Abrechnungen pp.) finden lassen. Durch die Falschangabe betrug der MELD-Score 40 statt real 25, sie war allokatonsrelevant. Am [REDACTED] wurde der Patient von der UMG wieder an eine Fachklinik zur Entzugsbehandlung überwiesen.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Alkoholkarenz, Dialysefalschangabe*) kam als Notfall am [REDACTED] aus einem Krankenhaus in [REDACTED], wo er sich seit dem [REDACTED] zum C2-Entzug befand. In der UMG wurde er am [REDACTED] nach HU-Meldung wegen akuten Leber- und Nierenversagens vor dem Hintergrund einer äthyltoxischen Leberzirrhose transplantiert. Für den Patienten wurden von der UMG am [REDACTED] an ET folgende Werte gemeldet: Kreatinin

2.22.mg/dl, Bilirubin 12.73 mg/dl, INR 2.53. Bei ihm wurde außerdem „Dialyse = yes“ angegeben, was zu einem labMELD von 40 (statt 36 ohne Dialyse) führte. Eine Dialyse o.ä. wurde aber offensichtlich nicht durchgeführt, Unterlagen fanden sich nicht, eine Dialyse wurde von der UMG auch nicht abgerechnet. Im Überweisungsbrief des Krankenhauses in [REDACTED] wurde eine solche Maßnahme ebenfalls nicht erwähnt. Der Patient wurde nach mehreren postoperativen Komplikationen (Sekretabfluss aus dem Gallengang in die Bauchhöhle, akute Peritonitis mit vermehrter Aszitesbildung) [REDACTED] bis zum [REDACTED] behandelt.

Auch für den Patienten ET-Nr. [REDACTED] (*Falschangabe Dialyse*) wurde versucht, mit Hilfe wahrheitswidriger Bejahung des Einsatzes einer Nierenersatztherapie ein früheres Organangebot zu erhalten. Der Patient war schon seit [REDACTED] gelistet und hatte mehrfach rezidivierende Dekompensationen einer kryptogenen Leberzirrhose erlitten, für deren Genese nach ärztlicher Einschätzung Alkohol eher unwahrscheinlich war [REDACTED]. Der labMELD des Patienten bewegte sich stets zwischen 10 und 20 Punkten und stieg erst am [REDACTED] auf über 30, nämlich auf 35 Punkte an. Grund war offensichtlich, dass er erstmals bei ET als dialysepflichtig gemeldet wurde. Vom [REDACTED] bis zum [REDACTED], dem Tag vor der TX, wurde gegenüber ET sechsmal angegeben, der Patient werde dialysiert. Tatsächlich fand keine einzige Nierenersatztherapie statt. Unterlagen, wie Protokolle, Abrechnungen usw. sind nicht vorhanden. Auch waren die Kreatininwerte stets niedrig, sie lagen zwischen 1.26 mg/dl am [REDACTED] und 1.17 mg/dl am [REDACTED]. Die Falschangaben führten zwar zu einem Anstieg des labMELD nicht aber zu einer Allokation. Der Patient wurde am [REDACTED] bei einem labMELD von 32 mit einem Zentrumsangebot transplantiert.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation, Falschangabe Dialyse*) wurde am [REDACTED] mit einem Normalangebot bei einem labMELD von 40 transplantiert. Im Explantat fand sich ein HCC von 1,5 cm Größe, das aber nicht bei ET gemeldet war.

Die Patientin litt an einer HCV-Zirrhose und wurde Anfang [REDACTED] von der UMG auf die Warteliste genommen. Für den [REDACTED] sind bei ET folgende Werte vermerkt: Kreatinin 1.12 mg/dl, Bilirubin 3.3 mg/dl, INR 1.5., was einen labMELD von 17 ergab. Die Werte blieben auch in der Folgezeit im Normbereich. Der höchste INR lag am [REDACTED] bei 1.73. Am [REDACTED] und [REDACTED] findet sich ein auffälliger Sprung beim INR-Wert sowie erstmals die Angabe „Dialyse yes“, obwohl der Kreatinin-Wert von 0.94 mg/dl und 1.09 mg/dl an beiden Tagen niedrig war. Der INR wurde für den [REDACTED] mit 4.5 und für den [REDACTED] mit 5.0 angegeben. Vorher, am [REDACTED] und [REDACTED], lag er bei 1.3 und 1.52. Am [REDACTED] und [REDACTED], den Tagen mit den angeblich hohen INR-Werten, lag das Bilirubin bei 4.6 mg/dl bzw. 5.2 mg/dl, Werte, die denjenigen bei vorangehenden Blutentnahmen entsprachen. Dies

ist ein sehr deutliches Indiz für eine Manipulation. Auch die Dialyse kann durch Unterlagen nicht belegt werden, eine solche Maßnahme wurde vor der Transplantation auch nicht abgerechnet. Wohl fanden drei Dialysen nach der Transplantation statt, nämlich am [REDACTED], [REDACTED] und [REDACTED]. Diese wurden von der UMG auch abgerechnet. Durch den hohen INR und die angeblichen Dialysen stieg der labMELD von 18 Punkten am [REDACTED] auf zweimal 40 Punkte am [REDACTED] und [REDACTED] an, was zur Organzuteilung am [REDACTED] führte.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation, Falschangabe Dialyse*) wurde am [REDACTED] mit einem Normalangebot bei einem labMELD von 40 transplantiert. Grund war eine C2-Zirrhose und HCC. Der Patient war nicht SE-gemeldet, bei ihm fand sogar ein psychiatrisches Konsil statt. Ein MRT des Abdomens vom [REDACTED] zeigte eine Raumforderung von 4x4 cm Größe, vor der Transplantation fand eine TACE-Behandlung statt. Das Leberexplantat wies ein multifokales HCC von zusammengenommen bis zu 6 cm auf. Im OP-Bericht vom [REDACTED] diktiert [REDACTED]: „Nach Durchführung einer transarteriellen Chemoembolisation (TACE) im Vorfeld haben sich das Bilirubin und die Leberwerte massiv verschlechtert, so dass der Patient mehr Punkte bekommen hat. Nun steht über Eurotransplant ein geeignetes Spenderorgan zur Verfügung...“.

Demgegenüber besteht erheblicher Manipulationsverdacht bei den an ET gemeldeten Blutwerten vom [REDACTED] und der erstmaligen Angabe, dass der Patient dialysiert würde. Das hatte zur Folge, dass der MELD-Score von 18 Punkten am [REDACTED] auf 40 Punkte am [REDACTED] stieg. Die Kreatininwerte blieben jedoch vom [REDACTED] bis zum [REDACTED] konstant niedrig zwischen 0.53 mg/dl und 0.81 mg/dl maximal, am [REDACTED] betrug der Wert 0.62 mg/dl. Das Bilirubin erhöhte sich von 2.3 mg/dl am [REDACTED] auf 8.5 mg/dl am [REDACTED], die Blutentnahme vom [REDACTED] ergab einen Bilirubinwert von 5.7 mg/dl. Der bis dahin stabile INR-Wert (1.2 – 1.6) stieg von 1.6 am [REDACTED] auf 5.0 am [REDACTED], für dasselbe Datum wurde erstmals die Durchführung von Dialysen bejaht, was einen labMELD von 40 ergab. Trotz des zu vermutenden bedrohlichen Gesundheitszustandes wurde der Patient zunächst nach Hause entlassen. In den Unterlagen fanden sich keine Belege für eine Dialyse, auch nicht in den Abrechnungen, so dass davon ausgegangen werden muss, dass keine stattfand.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) wurde zweimal transplantiert. Die erste Transplantation fand am [REDACTED] bei einem labMELD von 8 mit einem Zentrumsangebot statt, die Re-Transplantation wurde am [REDACTED] wegen eines Transplantatversagens durchgeführt. Der Patient war zuvor [REDACTED] in einem [REDACTED] Krankenhaus mehrfach wegen akuter Schübe einer chronisch rezidivierenden Pankreatitis bei äthyltoxischer Leberzirrhose (Child A), begleitendem Aszites und Z.n. Hepatitis-B-Infektion, sowie Gastritis und Pneumonie behandelt worden. Ende [REDACTED] war er wegen abdomineller Beschwerden wieder in Behandlung

und der Transplantationsambulanz der UMG zur Evaluation für eine Lebertransplantation vorgestellt. Dieses Krankenhaus sah langfristig eine Indikation für eine Lebertransplantation (Überweisungsbrief an die UMG vom [REDACTED] und der Arztbrief vom [REDACTED]). Im [REDACTED] gab der Patient an, seit mehreren Monaten abstinent zu sein, die Laborwerte sprachen nicht dagegen. Der Patient wurde von der UMG am [REDACTED] gelistet. An diesem Tag lauteten seine Werte wie folgt: Kreatinin 0.8 mg/dl, Bilirubin 0.2, INR 1.1, MELD-Score 8. Auch am [REDACTED] war der MELD-Score wohl nicht höher als 8, das Kreatinin lag bei 0,77 mg/dl, das Bilirubin bei 0.2 mg/dl, der INR bei 1.0. Warum der Patient transplantiert wurde [REDACTED], ist aus den Patientenunterlagen nicht ersichtlich geworden. Die Re-TX wurde erforderlich wegen „primary-non-funktion“ des transplantierten Organs, das eine Verfettung von 40 % aufwies (so der OP-Bericht vom zur RE-TX). Der Patient wurde HU gemeldet und ab dem [REDACTED] wegen akuten Nierenversagens dialysiert. Er wurde am [REDACTED] als dialysepflichtig bei ET gemeldet. Tatsächlich wurde ab diesem Tag auch eine Dialyse durchgeführt und in der Folge täglich bis zum [REDACTED] (so wurde jedenfalls abgerechnet).

Die non-resident-Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) kam am [REDACTED] aus einer Klinik [REDACTED] in die UMG. Die Patientin litt schon seit ihrem Säuglingsalter an Tumorerkrankung(en), (Wilms Tumor mit Nephrektomie [REDACTED] und anschließender Chemotherapie pp.). In der UMG wurde am [REDACTED] [REDACTED] eine Leberlebenspende vorgenommen, der die Ethikkommission in [REDACTED] zugestimmt hatte. Die Patientin wurde am [REDACTED] re-transplantiert und am [REDACTED] re-re-transplantiert. Zum Zeitpunkt der Lebenspende litt die Patientin an einem neuroendokrinen Tumor der Pankreas mit Metastasen in Leber und Lymphknoten. Die Transplantation hatte massive Komplikationen zur Folge (akutes Nierenversagen, Pneumothorax, Hämothorax, Pneumonie usw.), das führte zur Re-TX nach HU-Meldung, die weitere Komplikationen nach sich zog, deshalb erfolgte eine erneute HU-Meldung und eine Re-Re-Transplantation. Die Patientin verstarb am [REDACTED] im Zustand eines therapierefraktären septischen Schocks mit Multiorganversagen (vgl. die Berichte der operativen Intensivstation der UMG vom [REDACTED] und vom [REDACTED], den Zwischenbericht der Transplantationsambulanz der UMG vom [REDACTED] und den OP-Berichten vom [REDACTED], [REDACTED] und [REDACTED]). Die Lebenspende der [REDACTED] erfolgte auf der Grundlage eines Gutachtens, die [REDACTED] soll über den Zustand ihrer [REDACTED] hinreichend aufgeklärt worden sein und die Lebenspende als letzte Chance für ihre [REDACTED] gewollt haben. Dennoch hätte die Patientin nicht bei ET gemeldet werden dürfen, weil eindeutige Kontraindikationen vorlagen. Angesichts des Leidenswegs der Patientin drängt sich zudem die Frage nach dem Sinn des ärztlichen Verhaltens auf.

Der Patient ET [REDACTED] (HCC) kam aus [REDACTED], wo er gelistet worden war und auch ein Angebot bekommen hatte. Die Operation im [REDACTED] war dort abgebrochen worden, weil festgestellt wurde, dass das Karzinom viele kleine Knoten aufwies und somit außerhalb der Milan-Kriterien lag. Der Patient suchte in Göttingen eine zweite Meinung und wurde in der UMG einer regulären Allokation unterzogen. Ein CT vom [REDACTED] ließ auch dort ein multifocales Karzinom erkennen mit Herden bis 2,5 cm Größe. Der Patient wurde trotzdem SE gemeldet und am [REDACTED] mit einem Normalangebot bei einem labMELD von 14 und einem eMELD von 29 transplantiert. SE Meldung war nicht berechtigt. Anhaltspunkte für Labormanipulationen lagen nicht vor.

Bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] (Indikation) wurde bereits [REDACTED] ein PBC diagnostiziert, ebenso eine autoimmun bedingte Zirrhose. Er wurde am [REDACTED] bei einem labMELD 9 mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Bei diesem Patienten lagen die Werte vorher im Durchschnitt bei: Quick ca. 80 – 90 %, Kreatinin 1 – 1.2 mg/dl und Bilirubin 1,6 – 2 mg/dl. Die Transplantation war noch nicht indiziert. Die Re-TX wegen Transplantatversagen vom [REDACTED] verlief ohne wesentliche Komplikationen, der Patient lebt noch.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (Indikation) wurde am [REDACTED] mit einem labMELD von 9 und mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Sie war im [REDACTED] in der UMG (Prof. [REDACTED]) evaluiert und gelistet worden. Die Diagnose ließ sich nicht klar feststellen, es fanden sich lediglich Arztbriefe aus der allgemeinen Chirurgie aus dem [REDACTED] und [REDACTED], aus denen sich eine äthyltoxische Zirrhose und eine Gastropathie ergibt, ein Aszites wurde ebenfalls festgestellt, der aber nur minimal war. Die Patientin war seit [REDACTED] abstinent, dadurch verbesserte sich ihr Zustand ständig von einem labMELD von 15 im [REDACTED] über einen solchen von 11 Punkten [REDACTED] und auf 9 Punkte im [REDACTED]. Die TX ist nicht nachvollziehbar, sie war nicht indiziert.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (Indikation) wurde am [REDACTED] bei einem labMELD von 9 mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Die Diagnose lautete nach einem Arztbrief aus der Gastroenterologie aus [REDACTED] äthyltoxische Zirrhose, ausgeprägter Aszites, Luftnot, obwohl nach den Unterlagen mit Medikamenten eigentlich gut behandelt wurde. Die Werte vor der TX lagen im Durchschnitt wie folgt, Quick bei 45-50 %, Kreatinin bei 0.8 mg/dl und Bilirubin bei 1.3. Es bestand auch kein HCC-Verdacht. Indikation ist zweifelhaft, eine TIPS-Behandlung wurde nicht durchgeführt.

Ebenso fraglich erscheint die Indikation bei der Patientin ET-Nr. [REDACTED] (Indikation), die am [REDACTED] bei einem labMELD von 13 mit einem Zentrumsangebot versorgt wurde. Es gibt mehrere Arztbriefe, die von Aszites ([REDACTED], TIPS-Anlage ohne Komplikationen verlaufen) und dekompensierender äthyltoxischer Leberzirrhose sprechen, im [REDACTED] sollen



Zeichen von Verwirrtheit vorgelegen haben. Die Werte lagen wie folgt: Quick bei ca. 60 %, Kreatinin bei 0.63 mg/dl, Bilirubin lag erst bei 2.4 mg/dl, ist später hoch gegangen auf 4. Die Leberwerte waren aber insgesamt ordentlich, sprachen für Karenz der Patientin. Im [REDACTED] [REDACTED] ist TIPS offen, nichts sprach für eine schwere Enzephalopathie, ein Abdomen-Sono zeigte nur wenig freie Flüssigkeit. Die Indikation für eine TX erscheint fraglich, man hätte abwarten und beobachten müssen.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) litt an einer durch chronische HCV bedingte Leberzirrhose und war seit [REDACTED] gelistet. Die HCV wurde inzwischen mit einer medikamentösen antiviralen Therapie erfolgreich behandelt. Der Patient wurde dennoch am [REDACTED] bei einem labMELD von 8 mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Bei ihm wurden zwar [REDACTED] Ösophagusvarizen festgestellt, die damals geblutet haben sollen, Blutungen lassen sich aber für die Zeit vor der TX an Hand der Krankenunterlagen nicht mehr verifizieren. Eine Abdomen-Sonografie aus [REDACTED] ergab keine freie Flüssigkeit im Abdomen. Es bestand keine Indikation für LTX.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) wurde am [REDACTED] bei einem labMELD von 11 mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Dem lag die Diagnose „Posttraumatische“ Leberzirrhose (?), chronisch aggressive Hepatitis mit Übergang zur Zirrhose (also keine richtige Zirrhose?), zugrunde. Tatsächlich handelte es sich wohl um eine HCV, die auch unzureichend behandelt wurde. Die Werte vor der TX: INR 1.4, Kreatinin 0.75 mg/dl, Bilirubin 1.4 mg/dl. Anhaltspunkte für zusätzliche Komplikationen haben sich in den Unterlagen nicht gefunden. Eine Indikation für die TX erscheint zumindest fraglich.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) litt an einer HCV-Zirrhose und wurde am [REDACTED] bei einem labMELD von 10 mit einem Zentrumsangebot versorgt. Als Grund für die TX finden sich in den Unterlagen die Angaben, Ösophagusvarizen mit Blutung, Teerstuhl. Im [REDACTED] [REDACTED] ergaben Abdomen-Sonografien keine freie Flüssigkeit. Ein Aszites trat erst nach der Transplantation auf. Die Werte vor der TX lauteten: Quick 74 %, Kreatinin 0.8 mg/dl, Bilirubin 1.6 mg/dl.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) litt an einer äthyltoxischen Zirrhose, die aber sehr stabil war. Er war seit mehreren Jahren abstinent, wurde aber am [REDACTED] bei einem labMELD von 9 mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Ein Arztbrief aus der Gastroenterologie der UMG aus [REDACTED] bescheinigt dem Patienten einen Zustand bei Ösophagusvarizen 2. Grades, die dreimal ([REDACTED] 1x und 2x [REDACTED]) geblutet hätten. Danach wurden aber keine Blutungen mehr festgestellt. Eine Sonografie des Abdomen aus [REDACTED] ergab keine freie Flüssigkeit. Die Werte vor der TX betragen: INR 1.2, Kreatinin 0.9 mg/dl, Bilirubin

1.3 mg/dl. Für eine Lebertransplantation bestand danach keine Indikation. Nach der TX ging es dem Patienten sehr schlecht. Bis [REDACTED] entwickelte er, wohl als Folge der TX, eine sekundär sklerosierende Cholangitis. Wegen eines chronischen Leberversagens wurde er erneut gelistet und am [REDACTED] fand eine Re-TX statt. Anschließend musste der Patient bis [REDACTED] in der Gastroenterologie der UMG stationär behandelt werden. Er verstarb am [REDACTED].

Patient ET-Nr. [REDACTED] (HCC) hatte ein HCC-Rezidiv, war als exceptional MELD gelistet und wurde am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot transplantiert.

Verlauf/Auffälligkeiten: die Laborwerte waren in Ordnung, MELD-Score labMELD 6 bzw. 7 im Jahre [REDACTED] ([REDACTED]), atypische Leberresektion bei 2,8 cm großem Tumor, [REDACTED] Rezidiv gesichert. Rezidiv max. Ausdehnung 3,8 cm, mind. 3 Herde jedoch nicht ganz eindeutig beschrieben, mehrfache Chemoembolisation, in der Histologie 2 Knoten 4 cm, 1 Knoten 3 cm, somit grenzwertige Überschreitung der Listung als exceptional MELD.

Patient ET-Nr. [REDACTED] (HCC, *extrahepatischer Tumor*) hatte eine kryptogene Leberzirrhose und ein HCC und wurde am [REDACTED] mit einer Zentrumsleber transplantiert.

Das HCC wurde als SE gemeldet. Die Laborwerte wurden nicht manipuliert, labMELD immer um 6, im [REDACTED] HCC beschrieben (2 oder 3 Herde unsicher, sicher jedoch ein Herd Übergang 6/8), dieser Herd war im [REDACTED] 5,1 cm groß, Tumorzapfen in der Pfortader beschrieben mit Kontrastmittelaufnahme in der Explantationshistologie, Durchmesser des Tumors 6 cm, offenbar Pfortaderthrombus nicht untersucht, aufgrund der radiologischen Befunde besteht jedoch eindeutig eine Verletzung der Richtlinien (makrovaskuläre Invasion muss ausgeschlossen sein). Die Meldung als eMELD war somit regelwidrig, es wurde jedoch eine Rescue-Leber eingesetzt. Ursprüngliche Diagnose: kryptogene Leberzirrhose, HCC, im CT vom [REDACTED]: multifokales Karzinom beschrieben, max. 5,3 cm, multiple Lymphknoten bis 1,5 cm, Transplantation ab ca. [REDACTED] Uhr, dabei ausgiebige Lymphadenektomie ohne Schnellschnitt histologie: mehr als 3 Lymphknoten, ca. 2 cm Durchmesser, 11 von 31 Lymphknoten tumorbefallen, kleinknotige Leberzirrhose.

Patient ET-Nr. [REDACTED] mit der Blutgruppe AB hatte eine äthyltoxische Leberzirrhose und wurde am [REDACTED] transplantiert mit einem rescue-Angebot.

Der labMELD war immer niedrig (6). Seit [REDACTED] Alkoholkarenz, Pfortaderthrombose, kein Ascites, Ösophagusvarizen ersten bis zweiten Grades „mehrfache Blutung seit [REDACTED]; Zustand nach rezidivierender chronischer Pankreatitis mit Gallengangsstenosen, am [REDACTED] massive intraabdominale Blutung unklarer Ursache, hämorrhagischer Schock, Exitus. In der Explantationshisto nur Desmeth 3!

Zusammenfassend: Lebertransplantation bei 6 MELD-Punkten, Indikation bei Desmeth 3 fraglich

Bei Patient ET-Nr. [REDACTED] (HCC) wurden eine HBV-Zirrhose und ein HCC festgestellt. Transplantation am [REDACTED].

Es war eine Lebendspende durch die [REDACTED] vorgesehen, war offenbar als Backup gemeldet. Vorstellung bei der Ethik-Kommission [REDACTED] ist erfolgt, positives Votum, großer Tumor mit Cavathrombus, der bis in das Atrium hineinreichte, Pfortaderthrombose, HBV-Zirrhose. Die Transplantation war bei diesem Non-Resident von mehreren Zentren abgelehnt worden. Die Angehörigen und der Patient kamen mit dem dringenden Wunsch der Transplantation, [REDACTED] war zur Leberlebendspende bereit. Überschreitung der Mailand-Kriterien wegen extrahepatischen Tumors eindeutig!

Patient ET-Nr. [REDACTED] (HCC) litt an einer alkoholische Leberzirrhose mit HCC und wurde am [REDACTED] transplantiert. Er hatte eine reguläre Allokation bei MELD 28 bekommen. Patient war als exceptional MELD gemeldet.

HCC: präoperative Herde: 4,5 cm, 5 cm, mehrere 1,5 cm, TACE-Vorbehandlung; in der Histologie mind. 4 Knoten, Durchmesser: 4 cm, 2,7, mehrere 1 cm, feinknotig, Überschreitung der Listungskriterien, indem eMELD gemeldet wurde, reguläre Allokation dafür in Anspruch genommen.

Patient ET-Nummer [REDACTED] (HCC, extrahepatische Metastasen) wurde zweimal transplantiert: am [REDACTED] und Re-Transplantation am [REDACTED].

Nach Ersttransplantation: Verlauf bis zum [REDACTED] unauffällig, dann plötzliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes, septisches Krankheitsbild, Schockgeschehen, Erosions-Massenblutung aus der Pfortader und Transplantatversagen, dann HU-Listung und Retransplantation. Bei erster Operation fällt auf, dass 13 von 16 Lymphknoten hinter dem Gallengang positiv waren (OP fand über Mittag statt, an einem Montag), keine Schnellschnittabklärung hinsichtlich extrahepatischer Metastasen (die vorlagen). Richtlinienverstoß in Form extrahepatischer Metastasen, die offenbar erkannt, jedoch nicht ausgeschlossen wurden. Die Lymphknotenvergrößerung war in einem CT vom [REDACTED] beschrieben worden.

Patient ET-Nr. [REDACTED] (Indikation) wurde mit einer äthyloxischen Zirrhose am [REDACTED] mit einem Rescue-Angebot transplantiert.

Der labMELD betrug zu diesem Zeitpunkt 8. Der labMELD war kontinuierlich gefallen ([REDACTED]-[REDACTED]; 8), es wurden Ösophagusvarizen zweiten Grades beschrieben, 1/09 (Gastroenterologische Station) kein Aszites, keine Enzephalopathie. Indikation ist nicht klar

erkennbar, entgegen dem Befund der Gastroenterologie liegt eine eindeutige CHILD-A-Zirrhose vor. Der Patient wurde entlassen, war vier Tage zu Hause, kam wieder und verstarb an einer fulminanten Lungenembolie.

Ähnlich liegt es beim Patienten ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*), dessen Diagnose lautete: kryptogene Zirrhose (Alkohol?). Die Transplantation fand am [REDACTED] statt, die Evaluation in der Gastroenterologie. Indikation: dekompensierte Zirrhose mit Enzephalopathie, Aszites, Ösophagusvarizen dritten Grades, Kardiavarizen.

Nach (wahrscheinlicher) Alkoholkarenz, labMELD unmittelbar vor Transplantation 13, Explantation: feinknotige Leberzirrhose, keine Entzündung, keine Auffälligkeit.

Patient ET-Nr. [REDACTED] (*HCC*) wurde mit einer äthyltoxischen Zirrhose und einem HCC am [REDACTED] transplantiert mit einem regulären Angebot bei exceptional MELD 22 (labMELD 8). Patient ist postoperativ verstorben, war abstinent seit [REDACTED] Jahren, Vorbereitung: Gastroenterologie, TACE-Behandlung, CT: singulärer Tumor 13,5 cm, durchmessend. Histologie 18 cm; CCC/HCC-Mischtumor, entzündliche Aktivität, Richtlinienüberschreitung, Tumorgröße.

Bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] (*HCC*) war ein HCC multifokal diagnostiziert worden. Er wurde als SE gelistet und am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Fraglich ist die Alkoholkarenz ([REDACTED] vor Aufnahme Gama GT 500), labMELD bei Transplantation 14, CT am [REDACTED]: multiple Herde max. 2,8 cm, einmal TACE durchgeführt. Explantationshistologie bestätigt diese Befunde. Patient hätte nicht SE gelistet werden dürfen.

Bei ET-Nr. [REDACTED] (*HCC*) handelt es sich um einen Patienten im Zustand nach HBV und mit einem HCC. Er wurde mit einem Zentrumsangebot am [REDACTED] transplantiert. Patient wurde gelistet mit exceptional MELD, bei Transplantation 22, labMELD 6. Präoperatives MR: Befund ([REDACTED]): 8 cm durchmessender zentraler Tumor, hypovaskularisiert, Randsaum, einmal TACE; Explantationshistologie: 9 cm großes zentrales Cholangiokarzinom, keine Leberzirrhose.

Die Diagnose bei dem Patienten ET-Nr. [REDACTED] (*HCC*) lautete: HCC, äthyltoxische, HCV-Zirrhose. Er wurde nach regulärer Allokation (Blutgruppe AB) am [REDACTED] transplantiert mit exceptional MELD von 22, labMELD zu diesem Zeitpunkt 9, mehrfache TACE (08). Zum Zeitpunkt der Meldung als exceptional MELD [REDACTED] war der Patient zwei Monate nicht in der Klinik gewesen. Es war im Vorfeld keine Diagnostik durchgeführt worden, es bestand kein Anhalt für ein HCC, sodass offensichtlich die Absicht bestand, den Patienten rasch zu transplantieren. LabMELD zu diesem Zeitpunkt 9, bei lediglich mehrfach durchgemachter

Ösophagusvarizenblutung (ohne Probleme im therapeutischen Vorgehen) ist keine zwingende Indikation für eine Lebertransplantation erkennbar.

Kommentar: Zu keinem Zeitpunkt trotz TACE-Behandlung HCC nachgewiesen, somit Meldung als exceptional MELD fiktiv, keine wirkliche Indikation.

Der als exceptional MELD geführte Patient ET-Nr. [REDACTED] (HCC, Indikation) wurde am [REDACTED] nach regulärer Allokation bei exceptional MELD von 29 (labMELD 7 bei Transplantation), transplantiert. Die Transplantation hat ab [REDACTED] Uhr morgens stattgefunden, Magenwand wurde mit reseziert, das Vorliegen eines Cholangiokarzinoms war bekannt. Nebendiagnose: Zustand nach TUR bei Prostatakarzinom, [REDACTED] HCC/CCC-Mischtumor, histologisch gesichert, [REDACTED] Tumor 11 cm im Durchmesser, im PET Infiltration der Magenwand. Bei Lebertransplantation wurde keine Schnellschnittuntersuchung durchgeführt (Magenwand, Lymphknoten verdächtig).

Die Listung als exceptional MELD war nicht gerechtfertigt, reguläre Allokation war nicht gerechtfertigt, Kontraindikation gegen Transplantation in Form eines extra-hepatischen Tumors (Explantationshistologie: Infiltration der Magenwand bis Submukosa. Es bestand eine Kontraindikation wegen extrahepatisches Tumorwachstum, CCC. Patient ist am [REDACTED] verstorben.)

Beim Patienten ET-Nr. [REDACTED] (HCC) war eine C2-Leberzirrhose mit HCC diagnostiziert worden. Die Transplantation vom [REDACTED] fand nach einer regulären Allokation bei einem exceptional MELD von 31 ([REDACTED]) statt. Der labMELD betrug zu diesem Zeitpunkt 11. MRT [REDACTED]: mehrere Herde, ein präoperativer Röntgenbefund ist nicht vorhanden. Im Explantat war festzustellen: vier Segmente befallen, multiple Herde bis 3,5 cm, Zustand nach RFA, Zustand nach TACE. Die Anmeldung einer Standard Exception stellt somit einen Richtlinienverstoß dar.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (Manipulation) wurde am [REDACTED] wegen einer dekompensierten äthyltoxischen Leberzirrhose und einer terminalen Niereninsuffizienz nach regulärer Allokation einer kombinierten Nieren-/Lebertransplantation unterzogen. Patient war dialysepflichtig durch vorbestehende Niereninsuffizienz seit [REDACTED]. Am [REDACTED] finden sich auffällige Laborwerte: Kreatinin 1,89 mg/dl, Bilirubin 5,8 mg/dl, INR 2,4 (Bilirubin am [REDACTED] bei 0,7 mg/dl und am [REDACTED] bei 0,5 mg/dl, INR am [REDACTED] bei 1,1 und am [REDACTED] bei 1,2). Die Werte vom [REDACTED] waren für die Transplantation vom [REDACTED] allokationsrelevant. Sie ergaben 36 MELD-Punkte, sonst MELD immer bei 22, nach Arztbrief ca. [REDACTED] Monate Alkoholkarenz, psychiatrisches Konsil wurde empfohlen. Labor-manipulation wahrscheinlich. Patient verstarb am [REDACTED].

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation, Alkoholkarenz*) litt an einer äthyltoxischen Leberzirrhose und wurde am [REDACTED] nach Zuweisung aus dem [REDACTED] mit einem regulären Angebot transplantiert. Indikation: therapierefraktärer Aszites, hepatorenales Syndrom, spontane bakterielle Peritonitis. Aber offenbar [REDACTED] Wochen vor Aufnahme letzter Alkoholkonsum, ambulante psychiatrische Behandlung bei Zustand nach Alkoholabusus wird für erforderlich gehalten. Werte: am [REDACTED] Kreatinin 1,39 mg/dl, Bilirubin 2,8mg/dl, INR 1,5. Die allokatonsrelevanten Werte vom [REDACTED]: Kreatinin 1,88 mg/dl, Bilirubin 19,2 mg/dl, INR 1,9. labMELD zuvor bei 18, jetzt 31. Werte vom [REDACTED] wurden vom Labor als auffällig erkannt und später als Falschabnahme intern storniert, blieben aber bei ET gemeldet. Werte wurden um [REDACTED] Uhr am [REDACTED] kontrolliert und waren dann wieder weitgehend normal (Kreatinin 0,3, Bilirubin 4,2, INR unverändert). Es ist somit von einer bewussten Falschmeldung gegenüber Eurotransplant auszugehen.

Beim Patienten ET-Nummer [REDACTED] (*Manipulation*) wurden ein Zustand nach Drogenabusus und Alkoholabusus und eine Hepatitis C-Infektion diagnostiziert. Die Lebertransplantation fand nach regulärer Allokation am [REDACTED] statt. Eine Re-TX wurde nach einer HU-Meldung am [REDACTED] durchgeführt. Am [REDACTED] betrogen die Werte (wahrscheinlich für Dringlichkeitsmeldung bei ET): Quick 28 %, Kreatinin 4,98 mg/dl, Bilirubin 4,0 mg/dl, INR 2,4, ohne dass diese medizinisch erläutert werden konnten. Dies ergab einen labMELD von 35 für die Meldung, nach der die Allokation für die Transplantation erfolgt ist. Laborwerte vom [REDACTED]: Quick 44, Kreatinin 0,94 mg/dl, Bilirubin 1,6 mg/dl, INR 1,4. Es sieht nach MELD-Manipulation aus, der normale MELD dürfte bei etwa 12 gelegen haben (Alkohol: offenbar Abstinenz). Bei zweiter Transplantation: Transplantatversagen.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*HCC, Alkoholkarenz*) war mit einer alkoholischen Leberzirrhose und mit HCC gelistet worden. Beim Patienten fand sich eine komplette Thrombose des gesamten Pfortadersystems, aber keine Tumorthrombose nachgewiesen. Patient wurde nach regulärer Allokation am [REDACTED] mit einem labMELD von 29 transplantiert. Patient wurde auch als eMELD gemeldet. Es fand sich T4 Karzinom in allen Segmenten in der Pathomorphologie; Explantationshistologie: multifokaler Tumor in allen Lebersegmenten; präoperativ mindestens zwei Leberherde durch zuweisendes Krankenhaus identifiziert. Am [REDACTED] Radiologie-Befund: ausgedehnter Aszites, am ehesten Regeneratknoten, Raumforderung in der Leberkuppe 4,7x4,2 cm, in der arteriellen Phase in der Leber zentral inhomogene 10x8,4 cm großes Enhancement [REDACTED]. Histologie: Verdacht auf hepatozelluläres Karzinom, nekrotisch, Befund nicht beweisend, AFP bei 192 wurde als HCC gemeldet, als exceptional MELD akzeptiert. Bei alkoholischer Leberzirrhose massiver Aszites, stattgehabte Ösophagusvarizenblutung im [REDACTED]. In keinem der Briefe ist Alkoholabstinenz ausdrücklich erwähnt. Patient fällt in postoperatives Delir. Laborwerte vom [REDACTED]: Quick 55, Kreatinin 1,49 mg/dl, Bilirubin 8,1 mg/dl. LabMELD bewegte sich in

letzter Zeit zwischen 23 und 32 Punkten. Die Werte im Wesentlichen unauffällig, offenbar keine Labormanipulation. Patient ist verstorben am [REDACTED] in der Gastroenterologie, respiratorische Insuffizienz. Im Pleurapunktat keine malignen Zellen nachgewiesen.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation*) wird wegen einer kryptogenen Zirrhose am [REDACTED] nach einer normalen Allokation bei einem labMELD von 38 transplantiert. Laborwerte am [REDACTED]: Kreatinin 2,49 mg/dl, Bilirubin 9,7 mg/dl, INR 1,4; Laborwerte am [REDACTED]: Kreatinin 2,04 mg/dl, Bilirubin 10,3 mg/dl, INR 4,2; MELD-Veränderung: Sprung von 28 auf 38 Punkte, was zur Organallokation führt. Am [REDACTED] lag der INR allerdings wieder bei 1.6. Histologie: feinknotige Leberzirrhose zurzeit mit ausgeprägter entzündlicher Aktivität und schwerer intrahepatischer intrazytoplasmatischer Cholestase, präoperative Gamma-GT 393. Ursache der Leberzirrhose wird nie ausgewiesen, auf einem Anforderungsschein als kryptogene Leberzirrhose deklariert, im Brief vom [REDACTED], ([REDACTED]) hepatische Enzephalopathie bei dekompensierter Leberzirrhose. Der auffällige MELD-Sprung erfolgte während des stationären Aufenthalts in der Gastroenterologie. Kein Vermerk über Alkoholkonsum, kein psychiatrisches Konsil.

Die Patientin ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation*) befand sich schon länger auf der Warteliste wegen einer äthyltoxischen Leberzirrhose Child A. Sie war [REDACTED] Jahre abstinent und wurde am [REDACTED] mit einem labMELD von 32 transplantiert. Zuvor lag der labMELD lange Zeit zwischen 9 bis 10. Der auffällige MELD-Sprung von 9 auf 32 findet zwischen [REDACTED] und [REDACTED] statt. Die Patientin hatte sich im [REDACTED] in [REDACTED] vorgestellt und war dort zur Lebertransplantation evaluiert worden, aber offenbar nicht auf die Warteliste aufgenommen worden wegen ausreichender Leberfunktion. Danach ging sie zurück nach [REDACTED], schließlich offensichtlich Zentrumswechsel nach Göttingen. Patientin war ständig in psychiatrischer Behandlung; auch von [REDACTED] Transplantation noch nicht für indiziert gehalten. Bei der Lebertransplantation nur geringfügige entzündliche Veränderungen feststellbar, differentialdiagnostisch Autoimmunhepatitis oder medikamentöser Leberparenchymschaden.

Die offenbar unmittelbar vor der Transplantation entnommenen Werte lauteten um [REDACTED] Uhr: Quick 63, Kreatinin 0,65 mg/dl, Bilirubin 0,9 mg/dl. Diese Werte ergeben einen MELD-Score von 8. Am [REDACTED] lag der Quick bei 36, Kreatinin 2,7 mg/dl, Bilirubin 3,5 mg/dl; am [REDACTED] Quick 36, Kreatinin 2,51, Bilirubin 10,4 mg/dl. Die hohen Werte vom [REDACTED] wurden ambulant abgenommen, die Werte vom [REDACTED] in der Allgemeinchirurgie, die Patientin war am [REDACTED] (Tag der hohen Laborwerte) weder stationär noch in einer der Ambulanzen der UMG.

Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Manipulation*) litt an einer HCV-Zirrhose, wurde zweimal transplantiert, am [REDACTED] und am [REDACTED]. Beide Male wurde regulär alloziiert. Nach der ers-

ten Transplantation Gallengangsnekrose („vanishing bile duct syndrome“); Leber-Re-Transplantation; die Leberarterie bei der Retransplantation durchtrennt - im OP Bericht: „... jedoch erscheint der Fluss gestört“. Auffälligkeit bei den Laborwerten: bis [REDACTED] INR immer 1.2 bis 1.3; ab dem [REDACTED] steigt der INR 3.1, [REDACTED] 3.1 usw. bis [REDACTED] auf 2.8. In der ganzen Zeit also auffällig hohe INR-Werte, dadurch MELD-Score bei 29. Wodurch hoher INR bedingt war, ist unklar (Marcumar?). In der Anamnese Enzephalopathien und Aszites, jedoch nur 10 mg Lasix und zweimal 20 Aquafor.

Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Alkoholkarenz*) wurde am [REDACTED] wegen äthyltoxischer Leberzirrhose transplantiert mit einem labMELD von 40. Es fand sich eine entzündliche Aktivität in der Histologie bei kleinknotiger Zirrhose. Im postoperativen Verlauf sogenannte sekundär sklerosierende Cholangiopathie aufgrund einer Ischämie der Gallenwege. Arterielle Problematik nicht durch Diagnostik abgeklärt, wurde am [REDACTED] erneut bei Eurotransplant zur Retransplantation gelistet, weiterhin erfolgte Ausschluss einer nutritiv-toxischen Teilkomponente mittels CDT, reguläre Allokation, Quick-Wert vor Transplantation zwischen 30 und 40, Kreatinin am [REDACTED] 2.7 mg/dl, am [REDACTED] jedoch 6.47 mg/dl, bleibt aber danach hoch bei Werten zwischen 6 bis 8, Bilirubin konstant hoch zwischen 27 und über 30. Lag auf der intermediate care Medizinische Klinik, Manipulation unwahrscheinlich hinsichtlich der Laborwerte. Einzige unsichere Frage ist Alkoholabstinenz. Ursache der postoperativen sekundär sklerosierenden Cholangitis unklar, Leberarterie offen, möglicherweise ITBL.

Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) wurde wegen eines angeblichen Morbus Wilson am [REDACTED] transplantiert; es war exceptional MELD beantragt und erhalten worden, es war aber eine normale reguläre Allokation. Unklare Raumforderung im Segment 6/8 präoperativ im Röntgenbefund. Im ersten Röntgenbefund vom [REDACTED] wurde eine kontrollbedürftige Raumforderung gesehen: DD einem Hämangiom entsprechend, Karzinom wird im Befundbericht nicht erwähnt. Im pathomorphologischen Befund keine Zirrhose, keine Malignität, Morbus Wilson kann also pathomorphologisch nicht nachgewiesen werden. Es stellt sich die Frage, warum transplantiert wurde.

Bei dem Patient ET-Nr. [REDACTED] (*HCC*) HCV-Zirrhose war ein Jahr vor der Transplantation vom [REDACTED] ein T3-Tumor in Paderborn operiert worden. Die trotzdem in der UMG erfolgte SE-Meldung ist ein Richtlinienverstoß.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*HCC*) wurde am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Diagnose: Hepatitis C. Reguläre Allokation über MELD, Blutgruppe A positiv, MELD-Score zum Zeitpunkt der Transplantation 27, Laborwerte am [REDACTED]: Quickwert 27 (sonst zwischen 40 und 70), Bilirubin leicht höher als sonst (5-7,5) Kreatinin: 1,4; hinsichtlich des MELD offenbar keine Auffälligkeit, Transplantationsindikation Hepatitis C. In der Explantationshistologie max. 9 cm großes multifokales Karzinom mit vaskulärer Infiltration.



Befund über den präoperativen Zustand des Karzinoms liegt nicht vor. Es ist kaum nachvollziehbar, wie man ein so großes Karzinom übersehen kann.

Beim Patient ET-Nr. [REDACTED] (HCC) lag eine kleinknotige Leberzirrhose vor, unklare Genese der Grunderkrankung. Er wurde unter Richtlinienverstoß exceptional MELD gemeldet und am [REDACTED] transplantiert, der eMELD lag bei 29,4. Vorausgegangen war am [REDACTED] eine Leberteilektomie bei zwei bekannten Leberherden. Der große Herd in Segment 6 (Durchmesser: 6,2 cm) wurde entfernt, der zweite Herd möglicherweise (offensichtlich) belassen, denn er wurde im November im CT als 7,2x7,3 cm hoch suspekter Tumor beschrieben (vom Radiologen als unilokuläres HCC bezeichnet), am [REDACTED] fand ein MR statt: typisches Kontrastmittelverhalten, 78 mm große Raumforderung vereinbar mit dem anamnestisch bekannten HCC. Histologiebefund: multifokales bis 5,5 cm großes hepatozelluläres Karzinom, feinknotige Zirrhose, mehrere tumorverdächtige Knoten im Segment 5 und 6 bis max. 1 cm.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (Indikation) litt an einer Fettleber nach exzessivem Cola-Genuss. Er wurde am [REDACTED] mit einer Rescue-Leber transplantiert. Der labMELD lag bei etwa 8. Vorausgegangen waren mehrfache Ösophagusvarizen-Blutungen, zuletzt unmittelbar vor der Transplantation zweimal geblutet bei Varizen vierten Grades (einmal dritten Grades vermerkt); Banding durchgeführt worden, präoperative Histologie: Ausschluss eines Karzinoms. Postoperatives Delir wird in einem der Briefe beschrieben ([REDACTED]), es wurde einmal eine TIPS-Anlage diskutiert ([REDACTED]); im [REDACTED] (Brief vom [REDACTED]) erfolgte die Vorbereitung zur Lebertransplantation bei Professor [REDACTED]. Es ist nicht erkennbar, weshalb bei der guten Leberfunktion nicht die Anlage eines TIPS erfolgte. Die Indikation zur Lebertransplantation ist bei niedrigem MELD-Score und nicht ausgereizten anderen therapeutischen Möglichkeiten fragwürdig.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (Indikation) litt an einer intensiv-/ischämischen Cholangiopathie. Er wurde am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot bei einem labMELD von 6 transplantiert. Vor der Lebertransplantation: Kreatinin 0,9 mg/dl, Bilirubin 1,2 mg/dl, INR 1,1, MELD zwischen 6 und 8.

Der Patient hat in der Vorgeschichte eine Myasthenie, die offenbar zu einem Intensivaufenthalt über einige Wochen geführt hat. Dabei Tracheostoma, das jedoch ca. [REDACTED] Monate vor Transplantation wieder verschlossen wurde. Im Rahmen des Intensivaufenthalts möglicherweise Entwicklung einer Intensivcholangiopathie. Im [REDACTED] Aufnahme [REDACTED] mit erheblichem Aszites, 6 Liter abpunktiert, danach 50 Spironolacton, 1x 20 mg Xipymid. Myasthenie im Jahre [REDACTED]. [REDACTED] auch Thymektomie. In der Explantathistologie wird keine ausgesprochene ischämische Cholangiopathie beschrieben. Am [REDACTED] ERCP: intrahepatische Gallenwege unregelmäßig und rarifiziert, Casts entfernt. Damit (jetzt) ischä-

mische Cholangiopathie sehr wahrscheinlich, die sich jedoch klinisch (vergleiche Bilirubinwerte) nicht manifestiert hat, weder in einer Laparoskopie noch in wiederholten Sonographien wird Aszites beschrieben. In der letzten Sonographie vor Transplantation wird allerdings massiver Aszites beschrieben, bemerkenswert Xipymid 20 mg, Spironolacton 100-100-0, Thorem 10 mg. Im letzten Arztbrief vor Transplantation vom [REDACTED] wiederum massiver Aszites mit Punktion von mehreren Litern. Die Indikation fraglich, bei gut erhaltener Leberfunktion wäre Frage der TIPS-Anlage zu diskutieren.

Der Patient ET-Nr. [REDACTED] (*Indikation*) hatte eine HCV-Zirrhose, wurde zweimal transplantiert, am [REDACTED] und am [REDACTED] Vorangig eine reguläre Allokation bei Re-Transplantation. Erste Transplantation: Leberlebendspende vom [REDACTED], war offenbar bei der Landes-Ethik-Kommission. Laut Pathomorphologie: feinknotige Zirrhose, toxischer Schaden. Damals Ösophagusvarizen zweiten Grades, kein Aszites, Leberwerte nur geringfügig erhöht, höchste Werte vor Transplantation [REDACTED]: INR 1.5, Bilirubin 2.5 mg/dl, Kreatinin 0.8 mg/dl, entspricht labMELD von 14. Zweite Transplantation am [REDACTED]: jetzt reguläre Allokation.

Die Leberlebendspende vom [REDACTED] erfolgte mit einer blutgruppeninkompatiblen Leber. (Plasmapherese und Anti-Tymozytenglobulin). Nach der 1. Transplantation im [REDACTED] [REDACTED] offenbar Probleme mit der Gallenganganastomose, Gallenabflussstörung beschrieben, im Laborverlauf vor Retransplantation auffällige Werte nur beim INR (Quick-Wert sonst zwischen 80 und über 100, 10.02. einmal 60), Kreatinin zwischen 4 und 6, Bilirubin zwischen 3 und über 4. Vor der zweiten Transplantation bis auf den auffälligen Quick-Wert wahrscheinlich keine Manipulation. Problematisch bleibt die erste Transplantation: Leberlebendspende bei Blutgruppeninkompatibilität. MELD-Score vor der zweiten Transplantation: bei 28 (INR liegt nicht vor). In der definitiven Histologie: chronisch rezidivierende und abszedierende floride Cholangitis mit ausgeprägten Gallengangsregeneraten und Brückenfibrosen, kein Hinweis auf entzündliche Beteiligung der klinisch bekannten Hepatitis C, zusammenfassend also möglicherweise Folge der Blutgruppeninkompatibilität.

Patient ET-Nr. [REDACTED] (*HCC*) wird mit der Diagnose: HCC und Hepatitis B-Zirrhose am [REDACTED] mit einem Zentrumsangebot transplantiert. Im präoperativen CT beschrieben: multiple Leberaumforderungen bei bekanntem HCC. exceptional MELD beantragt, wurde transplantiert mit eMELD 21, 98. Max. Durchmesser 9 cm, vergrößerte hiläre Lymphknoten. Explantationsbefund: HCC/CCC-Mischtumor, max. Tumor-Durchmesser: 13 cm. Es wurden Lymphknoten entfernt (negativ). Grunderkrankung: Hepatitis B-Zirrhose. Exceptional MELD bei zu großem Tumor beantragt.

## V. Anhörungen

Neben den Einzelfallprüfungen wurden auch einige Mitarbeiter der UMG angehört. Die angehörten Personen wurden jeweils darauf hingewiesen, dass sie nicht verpflichtet sind, Angaben zu machen.

1. [REDACTED]

[REDACTED] sollte dazu befragt werden, wann und wie die Stabsstelle [REDACTED] und er persönlich von den Vorwürfen gegen [REDACTED] bzw. einem Auskunftsbegehren der BÄK im [REDACTED] Kenntnis erlangt und welche Schritte diesbezüglich von [REDACTED] oder der Stabsstelle der UMG unternommen wurden. [REDACTED] war zunächst ohne Unterlagen erschienen und äußerte nur allgemeine Vermutungen, die nach den vorliegenden Unterlagen nicht stimmen konnten. Er verwies bei seinen wenig konkreten Angaben auf die Akten, die er nicht zur Verfügung habe. Daraufhin wurde die Befragung unterbrochen und [REDACTED] gebeten, sich die Akten zu beschaffen, was er zusagte.

Nach ca. einer Stunde (zwischenzeitlich war [REDACTED] angehört worden), wurde die Anhörung von [REDACTED] fortgesetzt, die insgesamt wenig erhellend verlief. Er war mit einer wohl zwischenzeitlich von der Stabsstelle „Interne Revision“ schriftlich verfassten zeitlichen Aufstellung sowie den Akten wieder erschienen, aus der sich (entsprechend den vorherigen Mitteilungen von [REDACTED]) ergab, dass [REDACTED] niemanden in der Leitungsebene des UMG von den ersten Schreiben der BÄK im [REDACTED] und seinen Stellungnahmen hierzu informiert hatte. Erst im [REDACTED] informierte [REDACTED] eine Mitarbeiterin [REDACTED] über einen anonymen Anruf bei der DSO, die ihrerseits ein konkretes Anforderungsschreiben der Vorsitzenden der Prüfungskommission vom [REDACTED] bzgl. der [REDACTED] mit einem Brief vom [REDACTED] beantwortete, in dem es u.a. hieß, dass die Vorgehensweise der Ärzte der Universitätsmedizin nach dortiger Auffassung im Einklang mit den ärztlichen und den Eurotransplant-Richtlinien stehe. Eine nähere Prüfung lag dem offensichtlich nicht zugrunde. [REDACTED] informierte erst nach Durchführung seiner Anhörung vom [REDACTED] den Vorstand, [REDACTED] will erst im Zusammenhang mit der anschließenden Vorstandssitzung, zu der er dazu gerufen wurde, von den Vorgängen erfahren haben. Auch gab er an, bis [REDACTED] lediglich von fünf Verdachtsfällen gewusst zu haben.

2. [REDACTED]

[REDACTED] gab sich bei seiner Anhörung offen und informationsbereit, war aber offensichtlich insoweit sensibilisiert, dass er Aussagen, die (auch) für ihn oder [REDACTED] nachteilig sein könnten, nur sehr zurückhaltend formulierte.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Mit dem Eintritt von [REDACTED] änderte sich allerdings auch viel für [REDACTED] und [REDACTED]. Die Stabstelle Transplantation und damit [REDACTED] und [REDACTED] wurden am [REDACTED] direkt [REDACTED] unterstellt (es gab also keine hausinterne Kontrolle mehr), sie hatten seinen Weisungen zu folgen. Auch der damalige Vorstand isolierte [REDACTED] nach dessen Aussage immer mehr. Informationen wurden ihm nicht mehr direkt, sondern über andere Mitarbeiter ([REDACTED]) übermittelt, so z.B. der Umstand, dass er und [REDACTED] nicht mehr an den Transplantationskonferenzen teilnehmen durften, die nur noch vom transplantierenden Arzt [REDACTED] und einem Gastroenterologen [REDACTED] durchgeführt wurden. Auch war geplant, sich von [REDACTED] zu trennen, es sollte ein Auflösungsvertrag mit einer Abfindungszahlung geschlossen werden, was [REDACTED] nach seiner Aussage ablehnte. Das war auch der Stand der Dinge, als [REDACTED] die Aufgabe des [REDACTED] in der UMG aufnahm.

[REDACTED] und [REDACTED] blieben somit in der Transplantationskoordination tätig. [REDACTED] gab an, zwar habe jeweils [REDACTED] die Laborwerte an Eurotransplant weitergegeben, er habe aber alles gesehen und mitbekommen.

Auf die Frage, ob denn auffällige Sprünge in den Werten einzelner Patienten bemerkt worden seien, antwortete [REDACTED]: Ja, [REDACTED] habe so etwas schon bemerkt und einmal [REDACTED] darauf hingewiesen, der sie aber barsch zurechtgewiesen habe, das ginge sie nichts an, sie sei ja schließlich kein Arzt. Daraufhin habe sie sich nicht mehr getraut, etwas zu sagen.

Auf die Frage, warum er solche Auffälligkeiten nicht an den Vorstand gemeldet habe, antwortete [REDACTED] mit einer Gegenfrage, an wen er sich denn habe wenden sollen, er sei schließlich isoliert gewesen, (allerdings war [REDACTED] seit dem [REDACTED], was wir zum Zeitpunkt der Befragung von [REDACTED] noch nicht konkret wussten).

Im Übrigen gab [REDACTED] zu den Abläufen in der Koordinierungsstelle an, dass Änderungen in den Laborwerten der Patienten häufig auf telefonische Mitteilung durch den behandelnden Arzt [REDACTED] von [REDACTED] an Eurotransplant weitergegeben wurden. Auch sei es vorgekommen, dass angerufen wurde, ab heute werde der Patient dialysiert oder: jetzt updaten. Ihm sei im Nachhinein klar geworden, dass es wichtig war, dass die Veränderungen noch am selben Tag in das System kamen.

Laut Aussage [REDACTED] sind die Zugangsmöglichkeiten für das Enis-System in den letzten Jahren erheblich ausgeweitet worden, so hätten zuletzt ca. 20 Ärzte, auch aus der [REDACTED], einen Zugang gehabt.

Auf die Frage von [REDACTED] wo [REDACTED] Schwachstellen im System sehe, gab er an, nach seiner Meinung müsste Eurotransplant anders eingebunden werden, alle MELD-Score über 25 müssten ins Audit.

3. [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] Sie arbeitete mit [REDACTED] zusammen und sei bis zum Dienstantritt von [REDACTED] direkt dem Vorstand der UMG unterstellt gewesen. Sie und [REDACTED] hätten auch an den Transplantationskonferenzen der UMG teilgenommen. Das habe sich kurz nach Dienstantritt von [REDACTED] im [REDACTED] geändert, dem es gelungen sei, die Stabsstelle Transplantationskoordination aufzulösen und zu erreichen, dass diese Einheit ihm unterstellt wurde, so dass er persönlich Weisungen an [REDACTED] und [REDACTED] erteilen konnte. Auch habe er erreicht, dass [REDACTED] und [REDACTED] nicht mehr an den Transplantationskonferenzen teilnehmen durften, was beiden über eine [REDACTED] mitgeteilt worden sei. Danach seien die Transplantationskonferenzen durch [REDACTED] durchgeführt worden.

[REDACTED] hat und hatte nach ihren Angaben die Aufgabe, die Warteliste der zur Transplantation gemeldeten Patienten zu führen und fortzuschreiben, auf der sich in der Regel zwischen 100 bis 150 Patienten befanden, deren Daten regelmäßig aktualisiert werden mussten. Wenn sich am Zustand des Patienten etwas geändert hatte, also ein „up-date“ anstand, erfuhr [REDACTED] das meistens durch telefonische Anrufe eines Arztes, häufig durch [REDACTED] aber auch durch andere Ärzte. Auf Frage gab [REDACTED] an, dass ihr schon gelegentlich ungewöhnlich veränderte Werte bei einzelnen Patienten aufgefallen seien, das habe sie dann mit [REDACTED] besprochen. Sie habe auch [REDACTED] angesprochen,

der ihr aber gesagt habe, sie solle sich entspannen, sie könne das nicht beurteilen, sie sei kein Mediziner. Auf weitere Frage gab sie an, [REDACTED] sei auch mal laut geworden, er habe aber auch sehr charmant sein können.

Das Blut sei meistens in der Ambulanz abgenommen worden, Patienten mit hohem MELD-Score hätten wöchentlich kommen müssen, zur Vorbereitung der Transplantation seien Patienten aber auch auf der Station von [REDACTED] stationär aufgenommen worden. [REDACTED] habe eine interdisziplinäre Transplantationsambulanz angestrebt, deshalb sei in der Ambulanz auch immer ein Arzt der Gastroenterologie dabei gewesen.

Befragt nach ihrer Einschätzung der Person und der Persönlichkeit des [REDACTED] gab sie an, sie könne ihn nicht positiv beschreiben, dabei wolle sie es belassen. Befragt zu [REDACTED] sagte sie nur: „eitel“.

4. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Er habe neue Kriterien für die Aufnahme in die Warteliste UMG aufgestellt. Patienten würden in der Regel erst mit einem MELD von 15 – 25 Punkten aufgenommen, allerdings könnten Tumore Grund für eine Abweichung sein. Am [REDACTED] befanden sich 53 Patienten auf der Warteliste ([REDACTED] hat die aktuelle Liste vorgezeigt). Die Hälfte von diesen Patienten sei mit NT gekennzeichnet, es handele sich um Tumorpatienten, die zurzeit nicht transplantabel seien, sie befänden sich aber in der Abklärung bzw. Behandlung. Bei PSC-Patienten müsse das Krankheitsbild ebenfalls erreicht sein. Es könne ihnen durchaus gut gehen, auch deshalb habe er einige Patienten von der früheren Warteliste genommen.

Befragt nach der früheren und gegenwärtigen Handhabung bei der Listung und Transplantation von Patienten mit Alkoholproblemen, gab er an, dass das früher in der UMG wohl alles etwas schleifen gelassen wurde, das sei aber schon vor [REDACTED] Zeit so gewesen. Er selbst würde jeden seiner Patienten testen lassen, gegebenenfalls auch ohne dessen Wissen.

Angesprochen auf das von [REDACTED] angekündigte Gutachten, schien [REDACTED] davon nichts zu wissen, er wirkte jedenfalls leicht irritiert. Er wusste aber zu berichten, dass es in der UMG wohl in früheren Zeiten einen Streit des Transplantationschirurgen mit dem Leiter der Psychiatrie um die Frage von Konsilen im Zusammenhang mit alkoholauffälligen Patienten, die zur Transplantation anstünden, gegeben hatte. Grund war wohl der Umstand, dass

die Psychiatrie für den Fall der Einrichtung regelmäßiger Konsile darauf beharrte, dass dann die Chirurgie ein halbe Stelle bezahlen sollte. Deshalb ist dieses Thema offenbar in der Vergangenheit ad acta gelegt worden. [REDACTED] gab an, sein Ziel sei es, dass „wir in Ruhe weiter machen können“. Hier in Göttingen habe es zwei Oberärzte gegeben, die gemacht hätten, was sie wollten. Er stelle sich vor, im Jahr 20 – 30 Transplantationen durchzuführen. Ihr Problem sei es jedoch, dass sie keine Organe entnehmen dürften, „wir fahren nie raus“, er sei allerdings in Göttingen auch der einzige Arzt, der das könne.

5. [REDACTED]

[REDACTED] Sie hat ihn als autoritär, launisch und cholerisch beschrieben und angegeben, dass er z.B. bei den sog. Mittagsbesprechungen andere Meinungen, die nicht mit seiner übereinstimmten, einfach „plattgemacht“ habe. [REDACTED] hat aus ihrer Ablehnung der Person [REDACTED] und seines Führungsstils auch im weiteren Gespräch keinen Hehl gemacht, war aber immer sehr vorsichtig, wenn es darum ging, konkrete Namen zu nennen, die mit den ihr „gerüchteweise“ bekannten Manipulationen (an den grünen Röhrchen) in Zusammenhang gebracht werden könnten. Allerdings hat sie einen Arzt, und zwar [REDACTED] als engen Vertrauten von [REDACTED] namentlich benannt. Außerdem hat sie einen Vorfall geschildert, der sich im [REDACTED] ereignet haben soll. Da sei sie von einem der jüngeren Ärzte (den Namen wollte sie nicht nennen, da sie mit dem Kollegen noch weiter zusammenarbeiten müsse) angesprochen worden, sie solle zu einem bestimmten Patienten das von dem Arzt mitgeführte grüne Röhrchen mitnehmen. Sie habe jedoch darauf hingewiesen, dass doch überall genügend grüne Röhrchen vorhanden wären, sie brauche das nicht. [REDACTED] gab zu diesem Arzt weiter an, dass er heute einer der jüngeren Oberärzte sei.

Zu den [REDACTED] unterstellten Abteilungen gab sie an, das seien die [REDACTED] also die [REDACTED] und die [REDACTED] gewesen. Auf der [REDACTED] seien häufig Patienten auf die Lebertransplantation vorbereitet worden, einige wenige Patienten auch auf [REDACTED].

Blutentnahmen wurden nach der Schilderung von [REDACTED] von den Studenten vorgenommen oder aber von den Assistenzärzten. Die Blutproben wurden im Vorraum des Schwesternzimmers (Raum für Infusionen) gesammelt, jeder des medizinischen Personals hatte dort Zutritt, es war auch nicht immer jemand im Raum. Es sei auch vorgekommen, dass ein Arzt den Raum aufsuchte, warum, wurde nicht nachgefragt.

Zu Kontakten zwischen [REDACTED] wusste [REDACTED] zu berichten, dass sie häufiger mit dem privaten Mobiltelefon geführte Telefongespräche zwischen beiden mitbekommen habe, bei denen es um Transplantationspatienten ging. Einmal sei für den [REDACTED] ein Termin in der Ambulanz besprochen worden.

6. [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] Auch gab er an, sich nicht vorstellen zu können, dass auf den Stationen irgendetwas ohne dessen Billigung abgelaufen sei. Die Transplantationskonferenzen seien dienstags abgehalten worden, er sei als [REDACTED] manchmal dabei gewesen. Dort habe er [REDACTED] als gleich dominant erlebt. Er selbst habe die Aufgabe gehabt, [REDACTED]

Von Manipulationen an oder mit Blutwerten habe er direkt nichts mitbekommen, aber davon gehört bzw. zweimal mitbekommen, dass [REDACTED] gesagt habe, dem Patienten solle kein Vitamin K mehr gegeben werden, die Leber sei so geschädigt, dass nichts mehr helfe. Vitamin K werde verabreicht, damit der Quick-Wert des Patienten sich verbessert. Er habe das damals mit anderen Augen gesehen.

Im Übrigen beklagte sich [REDACTED] darüber, dass [REDACTED] ihm keine Gelegenheit zur Fortbildung gegeben habe, Fortbildungsgespräche seien mit ihm nicht geführt worden. [REDACTED] habe seine Lieblinge gehabt, die gefördert wurden, er habe nicht dazu gehört. Mit [REDACTED] sei auch kein vernünftiges Gespräch oder Diskussion möglich gewesen, wie er das zuvor und danach bei anderen Chefs erlebt habe.

7. [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] Im [REDACTED] sei [REDACTED] mit ambitionierten Plänen aus [REDACTED] nach Göttingen gekommen, habe die Warteliste schnell ausgebaut („Es ging voran, das fand ich schön“). Er habe ein gutes Auskommen mit [REDACTED] gehabt, der sei der „Chef“ gewesen, sei aber dennoch seinen Anregungen gegenüber offen gewesen. Auf Frage verwies [REDACTED] darauf, dass die Medizin generell ein hierarchisches System sei.



Befragt nach den Abläufen bei Transplantationen gab [REDACTED] an, es sei ja alles durch Standards festgelegt. ET habe auf seiner Station angerufen und ein Organ angeboten, auch sei ein Fax mit den näheren Angaben gekommen; das sei an den diensthabenden Arzt [REDACTED] weitergegeben worden, ebenso sei der betreffende Patient informiert worden, der dann vor oder zeitgleich mit dem Organ eingetroffen sei. Nach der Evaluation, die oft auch in [REDACTED] durchgeführt worden sei, hätten die meisten Patienten zu Hause gewartet, sie hätten sich dann in der Ambulanz in bestimmten Abständen zur Kontrolle einfinden müssen. Wenn Patienten stationär hätten betreut werden müssen, wären sie meistens auf „der Inneren“ gewesen.

Befragt, ob er etwas über Manipulationen an oder mit Blutwerten wisse, gab [REDACTED] an, Blut hätten bei ihnen in der Regel die PJler abgenommen. Plötzliche Veränderungen in den Blutwerten eines Patienten wären bei ihnen aufgefallen. Wenn man mit veränderten Blutwerten eine schnellere Zuweisung eines Organs erreichen wolle, müsse man das Blut von Patienten nehmen, denen es schlechter gehe.

Nach dem Führungsstil von [REDACTED] gegenüber den Ärzten befragt schilderte er einen Vorfall, bei dem ein [REDACTED] darüber informierte, dass sich der Zustand eines transplantierten Patienten verschlechtert hatte und er ([REDACTED]) den Patienten auf die Intensivstation verlegen wollte. Das habe [REDACTED] nicht gewollt und angeordnet, dass der Patient mit Medikamenten zu stabilisieren und auch zu mobilisieren sei. Er ([REDACTED]) und andere Kollegen hätten dem [REDACTED] geraten, zukünftig selbst zu entscheiden, den Patient zu verlegen, und erst dann den [REDACTED] zu informieren.

Abschließend meinte [REDACTED], er könne die Vorwürfe, die gegen [REDACTED] erhoben würden, nicht glauben.

8. [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED] hatte sich zunächst Bedenkzeit erbeten, um zu entscheiden, ob sie überhaupt Aussagen machen wollte. Sie erschien dann zwar zur vereinbarten Zeit, war aber nur sehr zögerlich zur Auskunft bereit. Zur Person und zum Führungsstil des [REDACTED] wollte sie keine näheren Angaben machen, gab dann aber im Verlauf des anschließenden Gesprächs einmal an, [REDACTED] habe für sie – [REDACTED] - immer eine offene Tür gehabt, sie habe ihm immer alle Anliegen sagen können, das habe sie als positiv empfunden.

Zu den üblichen Abläufen bei den Lebertransplantationen schilderte sie, dass sich auf den gastroenterologischen Stationen häufig Patienten befanden, die auf ein Organ warteten. Sie

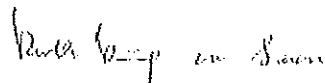
gab an, dass schon gelegentlich [REDACTED] zu ihr gekommen wären, die gefragt hätten, ob es denn richtig sein könne, dass es bei den Lebertransplantationen gar nicht darauf ankomme, ob der Patient noch trinke oder nicht oder ob er auch alles mitbekomme, was man ihm sage. Angesprochen auf mögliche Manipulationen im Zusammenhang mit entnommenen Blutproben, gab [REDACTED] weiter an, bei Ebenenbesprechungen sei schon von vertauschten Blutproben berichtet worden, es sei aber nicht gesagt worden, was konkret gemacht worden war.

Zur Medikation vor den Transplantationen gab sie an, dass es vorkam, dass auf Anordnung von [REDACTED] das Medikament Kanavit oder aber Humanalbumin nicht mehr verabreicht wurde. Nach ersten Pressemitteilungen über Unregelmäßigkeiten in der UMG im Zusammenhang mit Lebertransplantationen, [REDACTED] einmal zu einer Patientin gegangen, der er erklärt habe, sie bekomme zwar die Kanavittropfen, solle sie aber nicht nehmen. Das habe die Patientin [REDACTED] selbst erzählt. Sie, [REDACTED], habe dann ([REDACTED] [REDACTED] und auch [REDACTED] zu zwei Ebenbesprechungen eingeladen, weil das (gemeint waren die Unregelmäßigkeiten bei Lebertransplantationen) ihrer Meinung nach transparent gemacht werden müsste.

Berlin, 08.11.2013



Anne-Gret Rinder  
Vorsitzende der Prüfungskommission



Prof. Dr. Ruth Rissing-van Saan  
Sonderprüferin und  
Leiterin der Vertrauensstelle  
Transplantationsmedizin