

## Die Rolle des Anästhesisten in der Lebertransplantationskonferenz

Ein Jahr nach dem sogenannten „Transplantationsskandal“, der im Jahr 2012 bekannt wurde, sind die Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und die Organvermittlung auf der Grundlage des § 16 Abs. 1 S. 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) fortgeschrieben worden.

Eine wesentliche Neuerung ist, dass die Entscheidung zur Aufnahme in die Warteliste sowie Änderungen aller allokatonsrelevanten Entscheidungen in einer interdisziplinären Transplantationskonferenz besprochen und dokumentiert werden müssen. Im Fall der interdisziplinären Lebertransplantationskonferenz gehören neben dem Transplantationschirurgen, einem Internisten/Hepatologen und einem Vertreter des Vorstands auch ein Anästhesist oder Intensivmediziner als entscheidungsbefugtes Mitglied dieser Konferenz an.

Diese neue Zuständigkeit wirft besonders im Kontext des sogenannten „Transplantationsskandals“ und der sich daraus ergebenden juristischen Konsequenzen zahlreiche Fragen bezüglich der Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten für uns als Anästhesisten auf [1]. Auf dem Deutschen Anästhesiecongress 2014 in Leipzig fand mit Unterstützung der DGAI eine Ad-hoc-Sitzung zu diesem Thema statt, zu dem Mitglieder aller deutschen Transplantationszentren eingeladen waren. Als Referenten waren zwei Vertreter der Bundesärztekammer, Herr Dr. iur. Barış Çalışkan, Medizinsrechtler, und Frau Dr. med. Cornelia Gleisberg, Ärztin für Chirurgie, eingeladen, die nach Initiativ-

## The role of the anaesthesiologist in the liver transplantation board

B. Sinner<sup>1</sup> · B. M. Graf<sup>1</sup> · C. Gleisberg<sup>2</sup> · B. Çalışkan<sup>3</sup>

vortragen für Fragen aus dem Auditorium zur Verfügung standen.

Nach § 12 Abs. 3 S. 1 TPG, so Dr. iur. Barış Çalışkan, sind für die Organallokation **Erfolgsaussicht** und **Dringlichkeit** und für die Listung zur Organtransplantation gemäß § 10 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 TPG insbesondere **Notwendigkeit** und **Erfolgsaussicht** einer Organübertragung maßgebend.

Der Grund für die unterschiedlichen Kriterien liegt darin, dass „bei der Frage der Aufnahme in die Warteliste die Dringlichkeit einer Transplantation noch keine Relevanz“ haben muss. Bedeutung erlangt das Kriterium der Dringlichkeit jedoch bei der konkreten Organzuteilung [2,3]. Bei der Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste sind damit das „Vorliegen einer medizinischen Indikation zur Organtransplantation (Notwendigkeit) und die Abwesenheit von medizinischen Kontraindikationen (Erfolgsaussicht)“ maßgebend [3].

Die Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste muss nach den Regeln, die dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, erfolgen. Die Richtlinien zur Transplantationsmedizin haben hierbei die Funktion eines Bindeglieds zwischen der Medizin und der aktuellen wissenschaftlichen Entwicklung und unterstützen die gesetzlichen Parameter **Erfolgsaussicht** und **Dringlichkeit** [4,5]. Um Rechtsgültigkeit zu erlangen, müssen Änderungen der Richtlinien grundsätzlich dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden. Der Skandal um die Manipulation von Patientendaten hat gezeigt, dass

- 1 Klinik für Anästhesiologie, Universität Regensburg
- 2 bis September 2014 Bundesärztekammer, Geschäftsstelle Transplantationsmedizin; seit Oktober 2014 GKV-Spitzenverband
- 3 Bundesärztekammer, Geschäftsstelle Transplantationsmedizin

### Schlüsselwörter

Lebertransplantationskonferenz – Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung – Mehraugenprinzip

### Keywords

Liver Transplantation Board – German Guidelines for Organ Allocation – Multiple Control Principle

im Transplantationsbereich einerseits zu wenig wissenschaftliche und gesellschaftliche Transparenz bestand und andererseits effektive gesetzliche Kontrollstrukturen fehlten. Bislang waren beispielsweise Überprüfungen durch die Prüfungs- und die Überwachungskommission nur dann möglich, wenn hierfür ein begründeter Anlass bestand [1]. Zudem hat der Gesetzgeber die Strafvorschriften des TPG teilweise neu gefasst [6]. Die neuen Richtlinien hingegen ermöglichen nun auf folgenden Ebenen „Checks“ und „Balances“:

- Einführung von rechtlichen Kontrollen durch die Kommissionen [7];
- Kooperationsgebot zwischen den Entnahmekliniken, den Transplantationszentren, der Vermittlungsstelle etc. [8];
- Mehraugenprinzip in den Transplantationskonferenzen [9].

Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer entscheidet die Transplantationskonferenz über die Aufnahme in die Warteliste. Die Mindestanforderung an die Zusammensetzung einer

solchen Konferenz beinhaltet für die Lebertransplantation die vier beteiligten Pflichtdisziplinen (Transplantationschirurg, Internist/Gastroenterologe, Anästhesist/Intensivmediziner und Vertreter des ärztlichen Direktors). Die Mitglieder dieser Konferenz sind namentlich der Vermittlungsstelle zu benennen (ein Verantwortlicher und ein Vertreter). Daneben können alle diejenigen Disziplinen, die in die Erhebung und Weitergabe allokatonsrelevanter Daten involviert sind, hinzugezogen werden. Welche Mitglieder dies im Einzelnen sind, liegt im Verantwortungsbereich des jeweiligen Transplantationszentrums, das über die Hinzuziehung und damit weitergehende Besetzung der Transplantationskonferenz entscheidet. Die Richtlinien legen darüber hinaus fest, dass sich die Transplantationskonferenz regelmäßig treffen muss und immer zumindest ein Vertreter aller vier o.g. Pflichtdisziplinen anwesend muss.

In den Transplantationskonferenzen werden der Gesundheitszustand, alle erhobenen allokatonsrelevanten Befunde

und Daten sowie die medizinische Indikation zur Transplantation diskutiert. Seit August 2013 ist ein Bevorzugungsverbot im § 10 Abs. 3 TPG festgeschrieben. Konkret bedeutet dies, dass bei Aufnahme in die Warteliste der Gesundheitszustand des Patienten möglichst exakt erfasst werden muss. Bei bewusst falscher Darstellung machen sich die beteiligten Ärzte strafbar. Sind alle transplantationsrelevanten Daten erhoben, sind die behandelnden Ärzte – nach wirksamer Zustimmung des Patienten – zur Meldung des Transplantationspatienten an die Vermittlungsstelle verpflichtet. Jeder Konferenzteilnehmer trägt selbstständig die Verantwortung für die korrekte Übermittlung der Gesundheitsdaten an die Vermittlungsstelle. Mit seiner persönlichen Unterschrift autorisiert er die Listung des Patienten. Dieses Dokument wird zeitnah an den ärztlichen Vorstand des Klinikums und an die Vermittlungsstelle weitergeleitet. Letztverantwortlich innerhalb eines Transplantationszentrums ist der ärztliche Vorstand der Einrichtung. Er muss stets schriftlich

über die Entscheidungen der Konferenz informiert werden.

Jeder Arzt der Transplantationskonferenz trägt aus seiner Fachrichtung heraus die volle Verantwortung für seine Entscheidung. Folglich sind hier, wie Herr Dr. iur. Barış Çalışkan und Frau Dr. med. Cornelia Gleisberg betonen, alle Ärzte gleichberechtigt und entscheiden auf Augenhöhe mit den übrigen Teilnehmern, was konkret bedeutet, dass der Anästhesist in der Lebertransplantationskonferenz mit dem Internisten, dem Chirurgen und dem Vertreter des ärztlichen Vorstands gleichberechtigter Entscheidungsträger ist [9].

Die „Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung“ stehen hierarchisch über anderen interferierenden Leitlinien oder Fachgebietsabsprachen, wie z.B. die der Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen Anästhesie und Chirurgie bei der operativen Patientenversorgung. In dieser ist geregelt, dass für den Fall, dass der Anästhesist Bedenken gegen die Durchführung eines Eingriffs bei einem Patienten äußert, der Chirurg, wenn er diesen Eingriff trotzdem durchführt, die volle medizinische und rechtliche Verantwortung trägt [10]. Die Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste muss hingegen gemeinsam getroffen werden. Lässt sich innerhalb der Konferenzteilnehmer kein Konsens erzielen, muss dies dokumentiert und dem ärztlichen Direktor mitgeteilt werden. Dieser legt dann fest, ob eine externe Transplantationskonferenz über diesen Fall entscheiden soll. Die allokatonsrelevanten Befunde einschließlich der vom Laborarzt bestätigten Laborwerte müssen von der regelmäßig stattfindenden Transplantationskonferenz auf Plausibilität geprüft und bestätigt werden. Dies beinhaltet neben den „T“ (transplantable)-Listun-

gen auch die „NT“ (not transplantable) oder „HU“ (high urgency)-Listungen und auch die Nachbesprechung bereits transplanterter Patienten.

### Ausblick

Mit dem Ziel der Verbesserung der Organisation und der Ergebnisse der Lebertransplantationen werden die Transplantationszentren in Zukunft vermehrt durch die Prüfungs- und die Überwachungskommissionen kontrolliert werden. Derzeit überarbeitet die Bundesärztekammer die Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung zur Lebertransplantation. Wünschenswert wäre außerdem ein bundesweites Transplantationsregister, in dem alle Transplantationen statistisch erfasst werden.

Für uns Anästhesistinnen und Anästhesisten stellt die Mitwirkung und Verantwortlichkeit in den Lebertransplantationskonferenzen eine neue verantwortungsvolle, aber zugleich auch spannende Aufgabe dar. Folglich beschlossen die Teilnehmer der Veranstaltung auf dem DAC 2014 in Leipzig zeitnah weitere Treffen der in die Konferenzen involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anästhesiologischer Kliniken. Ziel soll neben Austausch von Informationen zu Themen wie Durchführung der lokalen Transplantationskonferenzen auch der Austausch medizinischer Standards und Erfahrungen sein. Anästhesisten, die Mitglied dieser Konferenzen sind und Interesse an einem Austausch haben, sind herzlich eingeladen, sich an dieser Veranstaltung zu beteiligen.

### Literatur

1. Çalışkan B, Metzinger B, Middel CD: Bilanzpressekonferenz der nach §§ 11 Abs. 3 und 12 Abs. 5 TPG eingesetzten

Prüfungs- und der Überwachungskommission MedR 2014;21-22

2. Çalışkan B: Neue Wege für ein transparenteres Transplantationssystem. ZfMER 2014;96-98
3. Lang H, in: Höfling W: Kommentar zum Transplantationsgesetz 2013, § 10 Rndr. 19
4. Çalışkan B: Die medizinrechtlichen Ordnungsstrukturen. Berlin; 2014:291
5. Çalışkan B: Neue Wege für ein transparenteres Transplantationssystem. ZfMER 2014;96-97
6. Rissing-van Saan R: Zu den strafrechtlichen Konsequenzen des „Transplantationskandals“. NSTZ 2014:233ff
7. Lilie H: Neuausrichtung des Transplantationsrechts. Middel CD. Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts. Köln; 2010:41-48
8. Viehbach R: Der Transplantationschirurg. in: Höfling W: Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland. Tübingen; 2008:9-19
9. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52335/Interdisziplinäre-Transplantationskonferenzen-fuer-Aufnahme-in-die-Warteliste-jetzt-verbindlich>
10. Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. Anästh Intensivmed 1982;23:403-405.

### Korrespondenz-adresse

**PD Dr. med.  
Barbara Sinner**



Klinik für Anästhesiologie  
Universität Regensburg  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg, Deutschland  
Tel.: 0941 944 7801  
Fax: 0941 944 7802  
E-Mail: barbara.sinner@ukr.de