<https://doi.org/10.1007/s00350-017-4788-5>

Stellungnahme zur Replik von Schroth/Hofmann

Torsten Verrel

Zur Replik von *Schroth und Hofmann* muss nicht Stellung bezogen werden, soweit sie sich zu der nach Ansicht der Autoren fehlenden Bindungswirkung des ET-Manuals verhält. Dazu kann man gewiss unterschiedlicher Auffassung sein. Dieser Punkt stand nicht im Mittelpunkt meiner Anmerkung, vielmehr die Feststellung, dass das Verhalten der Münchener Ärzte bereits gegen die Richtlinie und nicht erst gegen das diese konkretisierende ET-Manual verstößt.

Die darauf bezogenen Ausführungen von *Schroth/Hofmann* sind schwer verständlich. Sie stellen fest: „Alle Patienten hatten eine terminale Herzinsuffizienz, waren trotz hochdosierter Therapie mit Katecholaminen (Hervorhebung durch Verf.) nicht rekompensierbar und es bestand ein hohes Letalitätsrisiko.“ Die Einstellungsverfügung darf man so verstehen, dass sich der Vorwurf, „in 17 Fällen (wurden) die Medikamente Dobutamin und Milrinon lediglich für kürzere Zeit hoch dosiert, mit Erreichen des zuteilungsrelevanten Maximalwertes exakt zum Meldezeitpunkt“ und „nach erfolgter HU-Meldung wurde das Medikament sodann für einige Tage oder Wochen wieder ganz abgesetzt,“ bestätigt hat. *Schroth/Hofmann* vermengen zwei Dinge, nämlich die Frage, ob gegen die Richtlinie verstoßen wurde und die, ob diese Richtlinie mit ihrem Erfordernis einer hochdosierten Katecholamintherapie eine zutreffende Konkretisierung des Stands der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Einordnung eines Falles als hochdringlich darstellt. Wie geht es zusammen, einerseits den Ärzten unter Wiedergabe des Wortlauts der Richtlinie richtlinienkonformes Verhalten zu attestieren, andererseits zu argumentieren, dass die kontinuierlich hochdosierte Katecholamingabe ein überhol-

ter Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft sei und ein Klinikum deshalb nicht gerügt werden könne, „weil es sich nicht an die Richtlinien hält“?

Hilfreich sind die Ausführungen zum Aufbau bayrischer Einstellungsverfügungen. An meiner Kritik einer unvollständigen, nämlich die subjektive Tatseite nicht thematisierenden Würdigung des Sachverhalts ändert sich nichts. Der Umstand, dass ein Sachverständiger die verfahrensgegenständlichen Fälle trotz der unrichtigen Angaben der Beschuldigten zur Katecholamindosierung für hochdringlich hält, besagt nichts über deren Motivation und deren Vorstellungen darüber, wie sich diese Angaben auf die Wartezeitenreihenfolge auswirken, ob es also zu einer Benachteiligung anderer Patienten kommen kann. Zur subjektiven Tatseite hat sich der BGH in der von *Schroth/Hofmann* zitierten Entscheidung im Göttinger Fall sehr umfangreich geäußert, wobei die Überzeugungskraft dieser Ausführungen dahingestellt sei. Dies tut die Einstellungsverfügung nicht und gibt auch keine Auskunft, wie die medizinische Indikation der exakt zu den Anmeldezeitpunkten erfolgenden Hoch- und anschließenden Abdosierung der Inotropika zu bewerten ist. Anders als *Schroth/Hofmann* vermag ich in dieser Form der meldungsgetriggerten „Intervalltherapie“ keine Methode zu erkennen, „die inzwischen von zahlreichen Wissenschaftlern gefordert wird.“ Was die Fachkollegen von dem fadenscheinigen Versuch einer wissenschaftlichen Rechtfertigung dieses Vorgehens halten, ist in *Ensminger/Schulz/Schulze/Mohr/Gummert et al., Clin Res Cardiol* <https://doi.org/10.1007/s00392-015-0903-7> nachzulesen.

Und was die Besorgnis der Befangenheit gegenüber dem Gutachter anbelangt, die bekanntlich nicht mit tatsächlich vorhandener Befangenheit gleichgesetzt werden darf, die „seriös einzuschätzen“ ich mir nicht angemaßt habe, ist es bezeichnend, dass *Schroth/Hofmann* auf die dafür maßgebliche Begründung mit keinem Wort eingehen.

Prof. Dr. Torsten Verrel,
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn,
Adenauerallee 24–42, 53113 Bonn, Deutschland

Risiko- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

– Entwicklung und Tendenzen 2016/2017 – ¹

Karl Otto Bergmann und Carolin Wever

Einleitung

Die Legislaturperiode 2013 bis 2017 ist abgeschlossen. In den letzten vier Jahren hat die Gesundheitspolitik auch für den Bereich des Risiko- und Qualitätsmanagements erhebliche Änderungen gebracht, neue Tendenzen sind erkennbar. Erwähnt sei insbesondere das Krankenhausstrukturgesetz, mit dem der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, die Krankenhausplanung zu reformieren. Indikatoren zur Qualitätsmessung, entwickelt vom Institut für Qualitätssicherung und Transpa-

renz im Gesundheitswesen, sollen die erbrachte Qualität in Krankenhäusern messen. Die Länder sollen befugt sein, bei fehlender Qualität Sanktionen zu verhängen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, bis Ende 2019 einen Beschluss zu den Indikatoren zu fassen. Ferner schaffen das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung (AMVSG) und das vierte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften ein neues Arzneimittelinformationssystem für die Entscheidungen des G-BA über den Zusatznutzen neuer Arzneimittel. Die Nutzerbewertungen sollen in der Verordnungssoftware in den Praxen abgebildet werden können. Die hierzu notwendige Rechts-

Bearbeitet von Rechtsanwalt Professor Dr. iur. Karl-Otto Bergmann und Rechtsanwältin Dr. iur. Carolin Wever,
Kanzlei Bergmann und Partner,
Josef-Schlichter-Allee 38, 59063 Hamm, Deutschland

¹ Im Anschluss an MedR 2016, 964; 2015, 665; 2014, 482; 2013, 659; 2012, 795; 2011, 633; 2010, 631.