

daß man mit einer solchen Bestimmung den Arztberuf nur schwerlich sinnvoll ausüben könnte.

„Unabhängig davon, ob das Gesetz als überflüssig, misslungen oder wie auch immer als negativ bezeichnet wird: Festzustellen bleibt, dass ein solches Gesetz einen Anspruch auf eine abschließende Regelung erhebt, je genauer und umfangreicher es ist. Die Kodifizierung kann so einer Rechtsfortbildung, etwa der juristischen Anerkennung neuer Rechte und Pflichten oder der Herausbildung neuer Beweisregeln, im Wege stehen. Gesetze sind starr und weniger flexibel als Richterrecht (Katzenmeier, Die Rahmenbedingungen der Patientenautonomie, MedR 2012, 576, 578). ... Ein Gesetz kann so letztlich das Gegenteil dessen bewirken, was es eigentlich bezweckt.“

Auffällig sei, daß das Gesetz die Möglichkeit geschaffen habe, eine Ausdehnung oder eine Beschränkung der Patientenrechte ohne große Diskussion herbeizuführen. Es sei zu bedenken, dass dieses Gesetz die Handschrift der schwarz/gelben Koalition trägt und nicht das letzte Wort sein muss. „Mit einem Federstrich“ sei es ein Leichtes, das Gesetz neu zu gestalten und völlig neue Regeln aufzustellen, die Auswirkungen könnten katastrophal sein. Im Übrigen gehe von den neuen Normen eine Signalwirkung aus: allein ihre Existenz führe zu einer gesteigerten Nachfrage nach Haftungsansprüchen gegen Ärzte und Krankenhäuser.

Jaeger legte in erstaunlich kurzer Zeit einen umfassenden Kommentar des Patientenrechtegesetzes vor, der nicht nur den Gesetzestext kritisch beleuchtet, sondern zugleich wesentliche, für die tägliche Praxis maßgebliche Inhalte des durch Richterrecht ausgeformten Medizinrechts im Vergleich zu dem neuen Gesetz umfassend darstellt.

Die Broschüre liegt vor in handlichem Format und kann jedem in ärztlicher Praxis Tätigen sowie den Verantwortlichen in der Administration (Ärztliche Direktoren, Medizinische Geschäftsführer, Verwaltungsleiter, Mitarbeiter in der Rechtsabteilung) nur bestens empfohlen werden: bisher gültiges Recht wird knapp, gut verständlich und praxisnah vermittelt, die durch das Patientenrechtegesetz neu hinzugekommenen Aspekte trotz kritischer Kommentierung verständlich formuliert.

Die Diskussion um das Patientenrechtegesetz gibt Anlass zu vielen Fragen und führt zu Unsicherheit auf bisher bekanntem Terrain des ärztlichen Haftungsrechts; dieser Kommentar schafft Klarheit.

DOI: 10.1007/s00350-013-3448-7

Priorisierung in der Medizin.

Herausgegeben von Björn Schmitz-Luhn und André Bohmeier. (Kölner Schriften zum Medizinrecht, Bd. 11). Verlag Springer, Heidelberg 2013, XV u. 298 S., kart., €69,99

Priorisierung in der Medizin ist ein Reizwort, weil es deutlich macht, dass die Gewissheit schwindet, für jeden Patienten stünden unbegrenzte Mittel zur Behandlung jeder Erkrankung zur Verfügung. Wenn aber die Verteilung der begrenzten Ressourcen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland konfliktträchtig wird oder schon ist, spricht alles dafür, dass die Verteilungskriterien demokratisch legitimiert sind und auf rationalen Kriterien und fairen Mechanismen beruhen. Nicht zuletzt deshalb fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) seit 2007 eine Forschergruppe, die sich interdisziplinär der empirischen und theoretischen Analyse der Priorisierung widmet. Die juristische Federführung der Gruppe liegt u. a. bei den Leitern der Institute für Medizinrecht der Universität zu Köln (*Christian Katzenmeier*) und für Sozialrecht der Ruhruniversität Bochum (*Stefan Huster*). Deren wissenschaftliche Mitarbeiter fungieren als Herausgeber des nunmehr zweiten Bandes, mit dem die Ergebnisse der Forschergruppe der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Der Band umfasst 22 Beiträge von Juristen, Medizinethikern, Philosophen und Ökonomen und bildet so die in der Forschergruppe vertretenen wissenschaftlichen Disziplinen ab. Der Informationswert dieser Publikation ist deshalb so hoch, weil viele der inzwischen nicht mehr ganz kleinen Gruppe von Wissenschaftlern vertreten sind, die die Priorisierungsdebatte im deutschen Sprachraum prägen, und die

Autoren sich erfolgreich bemüht haben, die aktuell diskutierten Priorisierungskriterien so zu präsentieren, dass sowohl derjenige, der zur Priorisierung erste Orientierung sucht, wie derjenige, der die Grundlagen der Debatten kennt, sich mit begrenztem Zeitaufwand über den jeweiligen Forschungsstand informieren kann. Die ordnende Hand der beiden Herausgeber ist wohlthuend spürbar, wenn Beiträge tatsächlich aufeinander Bezug nehmen und so wissenschaftliche Kontroversen deutlich werden. Beispielhaft sei auf den Text von *Bettina Schöne-Seifert* und *Daniel R. Friedrich* verwiesen, die eine enge Verzahnung zwischen den Kategorien von Wirksamkeit und Nutzen bei der Priorisierung medizinischer Leistungen darstellen und sich dabei sehr kritisch mit dem Konzept von *Heiner Raspe* auseinandersetzen, der die Vermengung der beiden Kriterien für „unglücklich“ hält.

Der einführende Beitrag von *Katzenmeier* spricht die zentralen Fragen an, die in den nachfolgenden Texten entfaltet werden. Das gilt etwa für den grundlegenden Ansatz jeder Priorisierung, nämlich die Bildung abstrakter Kriterien für die Vorrangigkeit oder Nachrangigkeit medizinischer Behandlungsleistungen, für die Anwendung evidenzbasierter Behandlungen, für Konzepte, die sich um eine Quantifizierung des Nutzens teurer Behandlungen bemühen (QUALY), und für die Dringlichkeit einer Behandlung. Die Implikationen der evidenzbasierten Medizin (ebM) werden dann von *Raspe* und *Nagel* näher entwickelt; *Nagels* Hinweis auf die Übertragungsprobleme des englischen Begriffs „evidence“ ins Deutsche ist wichtig (S. 37): es geht um Beweise, um die aktuellen wissenschaftlichen Resultate der Forschung und nicht um den traditionell deutschen Begriff der Evidenz, der auf das (scheinbar) unmittelbar Einleuchtende und die intuitive Erkenntnis verweist.

Die Dringlichkeit einer Behandlung als (mutmaßlich) ethisch zwingendes Priorisierungskriterium unterzieht dann wiederum *Schöne-Seifert* einer eingehenden Analyse, in der sie einleuchtend zwischen Zeit- und Leidensdringlichkeit differenziert und belegt, dass die sog. Rule of Rescue nur dann steuernde Wirkung haben kann, wenn die Kontexte, in denen die Ärzte sich darauf berufen, sehr restriktiv verstanden werden. Ihr Hinweis auf die doch eher symbolische und solidaritätsstiftende Wirkung des unbegrenzten Rettungsversprechens – instruktiv belegt an der extrem kostspieligen Rettung der chilenischen Bergleute im Jahr 2010 und dem Vergleich der dafür aufgewandten Mittel mit den Summen, die in Chile für die Regelversorgung der Patienten zur Verfügung stehen – lässt in Verbindung mit der Triage-Problematik (Zurückstellen der Versorgung mehr oder weniger hoffnungsloser Fälle) die ethische Dimension jeder Priorisierung erkennen. Auf diese Position antworten die beiden Herausgeber aus juristischer Sicht und suchen u. a. aus der Rechtsprechung des BSG zu belegen, dass zumindest beim Off-Label-Use das Kriterium der Leidensdringlichkeit keine Rolle spiele. Ob die herangezogenen Urteile dabei immer zutreffend eingeordnet werden, mag man bezweifeln – ich bin da als Mitverantwortlicher nicht neutral –, aber die Probleme der Rechtsprechung gerade bei der Behandlung potenziell tödlicher Erkrankungen werden instruktiv dargestellt.

In den juristischen Beiträgen ist im Übrigen der „Nikolausbeschluss“ des BVerfG, dessen Grundsätze inzwischen in § 2 Abs. 1a SGB V kodifiziert sind, allgegenwärtig. Der Analyse der Entscheidung von *Dannecker* und *Streng*, wonach der Beschluss – richtig verstanden – dem Gesetzgeber relativ viel Spielraum lässt, das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung restriktiv zu gestalten, kann ich nicht folgen. Der aktuelle Beschluss des BVerfG vom 26. 2. 2013 – 1 BvR 2045/12 – zur Alternativtherapie bei einem metastasierenden Ovarialkarzinom mit Kosten von monatlich 15.000 € legt die Interpretation von *Dannecker* jedenfalls nicht nahe.

Nur hingewiesen werden kann an dieser Stelle auf instruktive Beiträge zur Organspende und zu den dabei maßgeblichen – und praktisch durchaus gegenläufig steuernden – Kriterien der Dringlichkeit und der Erfolgsaussicht sowie auf die Ausführungen zum Selbstverschulden bei der Entstehung von Krankheiten (*Huster* aus rechtlicher und *Dörries* aus medizinischer Sicht) sowie zum besonders umstrittenen Priorisierungskriterium des Alters.

Der Band ist insgesamt ein eindrucksvoller Beleg für die Sinnhaftigkeit interdisziplinären wissenschaftlichen Arbeitens jedenfalls dann, wenn alle Autorinnen und Autoren sich strikt bemühen, ihre Forschungsergebnisse sprachlich und inhaltlich so zu präsentieren, dass Angehörige anderer Disziplinen davon etwas haben. Das ist hier vorbildlich gelungen. Besser als durch die Lektüre der Beiträge dieses Bandes kann man sich kaum über den gegenwärtigen Stand der Priorisierungsdebatte informieren. Den Herausgebern gebührt Dank für ihre Mühe bei der Zusammenstellung der Beiträge, und die Fachöffentlichkeit hofft auf baldige Fortsetzung des Projekts.