

**Auszug aus: Plagemann H, Plagemann F (2012)
(Mehr) Wettbewerb im Gesundheitswesen?
NJW 65: 2613-2617**

[Seite 2615] „Der Entwurf eines Patientenrechtegesetzes (Fn. 25: BR-Dr 312/12; dazu u. a. Spickhoff, ZRP 2012, 65; Deutsch, NJW 2012, 2009; F. Plagemann, GuP 2011, 22; Wagner, VersR 2012, 789) formuliert in § 630h BGB, dass ein Behandlungsfehler vermutet wird, ‚wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war ...‘. Beispiele für das voll beherrschbare Risiko sind Organisation und Koordination der Behandlungsabläufe, Hygienemängel usw. Für Behandler und Kliniken gibt es Grenzen der Beherrschbarkeit, dazu ein Beispiel: Schulte-Sasse (Fn. 26: Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65) berichtet auf Grund langjähriger Erfahrung als Sachverständiger über ein ‚Verantwortungsgefälle‘ im Bereich der Geburtshilfe: Nabelschnurkomplikationen lassen sich nur bei einer so genannten ‚Entscheidungs-Entbindungszeit‘ von maximal zehn Minuten mit ‚angemessener Sicherheit‘ behandeln (Fn. 27: Das OLG Zweibrücken, Urt. v. 27. 3. 2012 – 5 U 7/08, BeckRS 2012, 12008, hat einem Kind mit schweren Geburtsschäden Schadensersatz zugesprochen, gerade weil die Notsectio in der Geburtsklinik nicht zeitnah durchgeführt werden konnte (u. a. benötigte der Anästhesist eine Fahrzeit von 40 Min.)). Gutachterliche Uneinigkeit entzündete sich im Wesentlichen erst an der zynisch anmutenden Fragestellung, in welchem Umfang geburtshilflichen Kliniken nach betriebswirtschaftlicher Kostenrechnung zugemutet werden kann, der geschilderten medizinischen Realität Rechnung zu tragen. Die dazu herangezogene Rechtsprechung lasse eine unklare Rechtslage erkennen – schlussendlich aber sollten die geburtshilflichen Abteilungen kleinerer Krankenhäuser eigentlich geschlossen werden, ‚weil das Risiko, dass plötzlich auftretende Komplikationen nicht beherrscht werden können, viel zu groß‘ ist (Fn. 28: So unter Hinw. auf Franke, juris PR-MedR 6/2011, Anm. 2.). Solcherart Radikallösung scheitere aber an regionalen Egoismen, nämlich am Interesse des Erhalts auch kleinerer Krankenhäuser, und an den DRG-Systemen. Schulte-Sasse plädiert für eine viel weitergehende Pflicht zur Aufklärung, nämlich auch darüber, ob die konkret in Anspruch genommene Klinik wirklich ausreichende Vorsorge für eine Notsectio zum richtigen Zeitpunkt getroffen hat. Das werde natürlich Eltern dazu veranlassen, eher größere Kliniken in Anspruch zu nehmen, auch wenn der Weg etwas weiter entfernt ist, um Risiken bei der Geburt zu verringern. Gegebenenfalls müsste auch der einweisende Arzt die Schwangere darüber aufklären und nicht – wie eh und je – sie kommentarlos in das ‚Kreiskrankenhaus um die Ecke‘ überweisen. Nämlich in das Krankenhaus, mit dem seit Jahren eine ‚gute‘ Beziehung besteht. Diese Art von Information dürfte in der Tat wichtiger und erfolversprechender sein als höchst komplizierte und mit dem staatlichen Gewährleistungsauftrag (Fn. 29: Z. B. BVerfG, NJW 2006, 891; dazu u. a. Hauck, NJW 2007, 1320.) schwer vereinbare Ausschreibungen von Krankenhaus-Leistungen oder selektivvertragliche Modelle (Fn. 30: Dazu auch Becker/Schweitzer (o. Fußn. 1), S. B 131.).

[Seite 2616] Zwischenfazit: Das Haftungsregime erzwingt einen Standard, der im Wettbewerb unter den Krankenhäusern nicht zur Disposition steht.“