

Die präoperative Eigenblutspende: Aktuelle medizinische und juristische Erwägungen*

P. Kessler¹, M. Müller¹ und A. Eberz²

¹ Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Orthopädische Universitätsklinik Frankfurt a. M. Stiftung Friedrichsheim
(Ärztl. Leiter: Prof. Dr. P. Kessler)

² SchulteRiesenkampff Rechtsanwaltsgeellschaft mbH, Frankfurt am Main

I. Die präoperative Eigenblutspende aus medizinischer Sicht

P. Kessler und M. Müller

1. Die Eigenblutspende als autologes

Hämotherapieverfahren

Zur perioperativen Versorgung mit Eigenblutpräparaten haben sich in Deutschland im klinischen Alltag drei Verfahren etabliert:

- 1) Die präoperative Eigenblutspende (EBS)
- 2) Die Aufbereitung von Wundblut (Maschinelle Autotransfusion – MAT)
- 3) Die akute normovolämische Hämodilution (ANH).

Während die ersten beiden Verfahren (EBS und MAT) die größte Rolle in der Praxis spielen, wird die ANH aufgrund des eher geringen Einspareffektes an Erythrozyten zunehmend seltener eingesetzt.

Im Gegensatz zur MAT verliert die Retransfusion von ungewaschenem Wundblut weiter an Bedeutung und wird auch aktuell nicht empfohlen [1].

Gelegentlich werden die EBS und die MAT als konkurrierende Verfahren dargestellt. Dabei handelt es sich aber eher um komplementäre Techniken.

Bei der EBS wird präoperativ Blut entnommen und nach Weiterverarbeitung gelagert. So kann im Vorfeld einer geplanten Operation ein echter Zugewinn an Erythrozyten erzielt werden, der dem Patienten zum Eingriff zur Verfügung steht. Es werden Vollblutspenden, separierte Erythrozyten- und Frischplasmakonserven oder Einzelkomponenten aus Aphareseverfahren hergestellt. Je nach Präparat werden Plasma und Gerinnungsfaktoren in unterschiedlichem Ausmaß gewonnen. Da dieses Verfahren präoperativ etabliert wird, ist die zu Verfügung stehende Menge an Eigenblut bekannt und nicht abhängig von intraoperativen Unwägbarkeiten. Man erhält in jedem Falle ein hochwertiges Blutprodukt mit definierten Qualitätsmerkmalen. Das so gespendete Eigenblut unterliegt jedoch wie Fremdblutkonserven Veränderungsprozessen bei der Lagerung, z.B. Abfall des 2,3 Diphosphoglyceratspiegels (2,3 DPG).

Bei der MAT kann ein Teil der verlorenen Erythrozyten aufgefangen und retransfundiert werden. Dabei wer-

den die im Op-Sauger oder der Redondrainage gesammelten Erythrozyten zunächst mit einem Antikoagulans versehen und dann in physiologischer Kochsalzlösung gewaschen um Plasma und Zelltrümmer zu eliminieren. Durch dieses Verfahren wird der Verlust an Erythrozyten minimiert, während bei der EBS im Vorfeld ein Zugewinn geschaffen wird. Dies unterstreicht auch die Aussage, dass sich diese Techniken ergänzen und nicht miteinander konkurrieren. Die Angaben über die Rate an wiedergewonnenen Erythrozyten (recovery rate) bei der MAT schwanken zwischen 25-50%. Das gewonnene Erythrozytenkonzentrat enthält im Gegensatz zur EBS naturgemäß kein Plasma und keine Gerinnungsfaktoren.

Nachdem die Eigenblutspende Mitte der 90er Jahre unter dem Eindruck des sog. AIDS-Skandals als sichere Alternative vielerorts favorisiert wurde, gibt es heute auch vermehrt kritische Stimmen. So hat der Arbeitskreis Blut auf mögliche Nachteile hingewiesen [2]. Angesichts der Infektionssicherheit von allogenen Blutprodukten (Fremdblutkonserven) durch verbesserte Spenderauswahl und neue Testverfahren ist eine besonders kritische Indikationsstellung erforderlich. So wird eine erhöhte Transfusionsrate bei Eigenblutspendern angemahnt (plus 30% Gesamttransfusionsrate mit Eigen- und Fremdblut), ebenso die vergleichsweise hohen Verfallsraten (29-36%), sowie die mangelnde Kosteneffizienz bei geringem Spendeaufkommen.

Kostenaspekte müssen selbstverständlich erwogen werden, wobei eine Eigenblutspendeeinrichtung durchaus ein Marketingkriterium darstellt und einen entscheidenden Einfluss auf die Auswahl der Klinik durch Patienten hat. Eine allumfassende Betrachtung der ökonomischen Aspekte ist demnach schwierig. Aufgrund der vorgenannten Punkte ist ein optimiertes Vorgehen bei der EBS notwendig, um potentielle Nachteile zu minimieren. Durch ein möglichst langes Zeitintervall zwischen letzter Spende und Operation, gepaart mit einer initialen raschen Hämatokritabsenkung (Doppelspende) zur Stimulation der Erythropoese wird die Ausbeute an gewonnenen

* Rechte vorbehalten

- Erythrozyten erhöht. Eine Eisensubstitution ist dabei unerlässlich.

Außerdem soll eine individuelle Spendeplanung erfolgen, die den Blutverlust bei der geplanten Operation an "diesem" Krankenhaus und den maximal tolerablen Blutverlust bei "diesem" Patienten mit seinen Vorerkrankungen berücksichtigt.

Nach wie vor ist die präoperative Eigenblutgewinnung ein unverzichtbarer Baustein für die sichere Blutversorgung bei elektiven Eingriffen.

Als eindeutige Vorteile sind anzusehen:

- Blutprodukte ohne Infektionsrisiko hinsichtlich übertragbarer Krankheiten (auch seltener, kaum bekannter Erreger wie z.B. vCJD)
- Blutprodukte ohne Risiko einer Alloimmunisierung mit Bildung irregulärer Antikörper
- Blutprodukte, welche das Immunsystem des Empfängers nicht kompromittieren
- Steigerung der Erythropoese durch die Eigenblutentnahme mit Aktivierung des blutbildenden Apparates zum Zeitpunkt der Operation
- Einsparung von allogenen Blutprodukten. (Wenn auch nur in geringem Umfang: 4% der Gesamtherstellung) [2]
- Unterhalt eines Netzes von dezentralen Spendeeinrichtungen, welche im Not- oder Katastrophenfall rekrutiert werden können.

2. Die Durchführung der präoperativen Eigenblutspende

Vor elektiven Eingriffen prüft der behandelnde Arzt, ob bei einem regelhaften Operationsverlauf eine Bluttransfusion überhaupt in Betracht kommt. Die Transfusionswahrscheinlichkeit für den Patienten soll dabei mindestens 10% betragen. Der Patient muss dann rechtzeitig auf mögliche Eigenblutverfahren hingewiesen werden und ist über Nutzen und Risiko individuell aufzuklären.

Im Vorfeld der Operation nimmt der Patient Kontakt mit der Spendeinrichtung auf und vereinbart entsprechende Termine.

Die erforderliche ärztliche Untersuchung zur Spende tauglichkeit wird in der Praxis meist mit dem Termin zur Erstspende verknüpft. Neben Angaben zu Vorerkrankungen und aktuellem Befinden sind eine körperliche Untersuchung und aktuelle Labordaten erforderlich.

Folgende Ausschlusskriterien sind in den Richtlinien formuliert:

- Akute Infektionen mit der Möglichkeit einer hämatogenen Streuung
- V.a. infektiöse Magen-Darm-Erkrankungen
- Akute Erkrankungen ungeklärter Genese
- Frischer Herzinfarkt (\leq 3 Monate)
- Instabile Angina pectoris
- Hauptstammstenose der Koronarien
- Klinisch wirksame Aortenstenose
- Dekomprimierte Herzinsuffizienz
- Synkopen unklarer Genese
- V.a. fokale Infektionen.

Weiterhin ist die Einhaltung bestimmter Grenzwerte für physikalische (z.B. Blutdruck, Temperatur, Gewicht) und laborchemische Untersuchungen (z.B. Hämoglobingehalt, Leukozyten) erforderlich. Bei temporärem Spendeausschluss, z.B. aufgrund eines Infektes sind zeitlich begrenzte Rückstellungen vorzunehmen, die sich an den Vorschriften für Fremdblutspender orientieren. Im Zweifelsfalle sollte auf eine Blutentnahme verzichtet werden, um den Patienten unter keinen Umständen zu gefährden. Sofern einer Eigenblutspende keine medizinischen Gründe im Wege stehen und der Patient rechtswirksam eingewilligt hat, wird diese durchgeführt. Es stehen mehrere Verfahren zur Auswahl, mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen: Die Entnahme von circa 500ml Blut mit anschließender Auf trennung in Erythrozyten und Plasma oder die Lagerung als leukozytendepletierte Vollblutkonserve sowie die Separation einzelner Blutbestandteile über Aphereseverfahren. Während der Blutspende muss ein Arzt vor Ort sein. Ebenso vorgeschrieben sind das erforderliche Material und speziell geschulte Mitarbeiter zur Behandlung von etwaigen Notfallsituationen.

Erfahrungsgemäß ist die Anzahl der möglichen Blutspenden auf maximal vier begrenzt, da in der zur Verfügung stehenden Zeit (Haltbarkeit der Blutprodukte 5-7 Wochen) nicht mehr Erythrozyten nachgebildet werden können. Vor jeder Spende wird aufgrund einer erneuten Begutachtung durch den Spenderarzt entschieden, ob alle Spende kriterien erfüllt sind. Nicht immer wird die geplante Spendezahl erreicht.

Im Rahmen der Operation erfolgt bei vorliegender medizinischer Indikation die Retransfusion der benötigten Eigenblutbestandteile. Die strenge Indikationsstellung orientiert sich dabei an den Kriterien der Fremdbluttransfusion.

► II. Die präoperative Eigenblutspende aus juristischer Sicht

A. Eberz

1. Die rechtliche Bewertung der präoperativen Eigenblutspende

Es stellt sich die Frage, ob die zuvor beschriebene präoperative Eigenblutspende zum ambulanten oder stationären Bereich zu zählen ist und welche rechtlichen Folgerungen sich unter anderem hieraus für die Privatliquidation ergeben.

Die Fragestellung ist ausgehend von dem Umfang der Krankenhausbehandlung zu beantworten.

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) fallen unter den Begriff der allgemeinen Krankenhausleistungen die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.

Als problematisch erweist sich die Zuordnung einer ärztlichen Leistung zur ambulanten oder stationären Versorgung bei solchen Leistungen, die zwar ambulant, aber im Hinblick auf eine stationäre Behandlung durchgeführt werden.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG)¹ beurteilt sich die Zuordnung von Leistungen unter Berücksichtigung des Zusammenhangs mit der stationären Behandlung, der Art und Weise ihrer Erbringung und der Funktion der Leistung.

Ambulant durchgeführte Leistungen zählen zu der stationären Versorgung, wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Patienten im Krankenhaus erforderlich sind, im Hinblick auf eine bevorstehende stationäre Behandlung und unter der Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden sowie eine ansonsten erforderliche stationäre Leistung ersetzen, an ihre Stelle treten oder diese überflüssig machen².

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) geht unter Bezugnahme auf die medizinische Wissenschaft davon aus, dass die Eigenblutspende als sicherste und risikoärmste Form der Blutübertragung anzusehen sei³. Wenn es für den Arzt ernsthaft in Betracht kommt, dass bei einem Patienten intra- oder postoperativ eine Bluttransfusion erforderlich werden kann, ist der Patient auf den Weg der Eigenblutspende als Alternative zur Transfusion von fremdem Spenderblut, soweit diese Möglichkeit für ihn besteht, hinzuweisen⁴.

Rechtzeitig vor einem planbaren (elektiven) Eingriff ist vom behandelnden Arzt zu prüfen, ob bei einem

regelhaften Operationsverlauf eine Transfusion ernsthaft in Betracht kommt (Transfusionswahrscheinlichkeit von mindestens 10 %). Die zu behandelnde Person ist dann über die Möglichkeit der Anwendung von Eigenblut und den Nutzen und das Risiko der Entnahme und Anwendung von Eigenblut individuell aufzuklären. Die Transfusionswahrscheinlichkeit und der Regelbedarf sind dabei auf der Grundlage krankenhouseigener Bedarfslisten zu ermitteln. Die Bereitstellung von Eigenblut und/oder Eigenblutprodukten ist unter Berücksichtigung des so bezifferten Transfusionsbedarfs, des zur Verfügung stehenden Spendezeitraums und der vorgesehenen Verfahren für den einzelnen Patienten zu planen⁵. Präoperative Eigenblutentnahmen können daher nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Patienten im Krankenhaus erforderlich sein.

Die präoperative Eigenblutgewinnung erfolgt des weiteren im Hinblick auf eine bevorstehende stationäre Behandlung. Sie wird nämlich ausschließlich aus Anlass und zur Vorbereitung einer Operation durchgeführt und steht mit dieser in engem zeitlichen Zusammenhang⁶.

Die Eigenblutentnahme, die Lagerung des Blutes und seine Übertragung finden in der Regel in demselben Krankenhaus statt, wobei sie in Zusammenarbeit mit dem übrigen Klinikpersonal erfolgt.

Die Entscheidung, ob und in welchem Umfang Eigenblut für eine bevorstehende Operation gespendet werden soll und ob es während der Operation benötigt wird, treffen Anästhesist und Operateur, bei denen es sich in aller Regel um Krankenhausärzte handelt.

Das Eigenblut dient letztendlich als Ersatz für Fremdblutkonserven. Es tritt an die Stelle von Fremdblut, das dem Patienten während einer stationären Behandlung als Bestandteil der stationären Versorgung zugeführt wird⁷.

¹ Vgl. BSG, Urteil vom 22.06.1994, Az. 6 RKA 34/93, BSGE 74, S. 263 ff.

² Vgl. BSG, Urteil vom 22.06.1994, Az. 6 RKA 34/93, BSGE 74, S. 263 ff.

³ Vgl. BGH, Urteil vom 17.12.1991, Az. VI ZR 40/91, NJW 1992, S. 743, 744.

⁴ Vgl. BGH, Urteil vom 17.12.1991, Az. VI ZR 40/91, NJW 1992, S. 743, 744.

⁵ Vgl. Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämatherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (Novelle 2005), unter 2.8.1.

⁶ Vgl. BSG, Urteil vom 22.06.1994, Az. 6 RKA 34/93, BSGE 74, S. 263 ff.

⁷ Vgl. BSG, Urteil vom 22.06.1994, Az. 6 RKA 34/93, BSGE 74, S. 263 ff.

► Der Zuordnung der präoperativen Eigenblutspende, die unter der Verantwortung eines Krankenhausarztes im Hinblick auf eine bevorstehende operative Behandlung durchgeführt wird, zur stationären Behandlung kann nicht entgegengehalten werden, dass die Eigenblutspende ambulant erbracht wird, also vor der stationären Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus vorgenommen wird⁸.

In einem derartigen Fall erweist sich die stationäre Aufnahme nicht als das maßgebliche Kriterium für die Zuordnung einer ärztlichen Leistung zur ambulanten oder stationären Versorgung des Patienten. Eine Auslagerung von stationär zu erbringenden Leistungen in den ambulanten Bereich vermag an der rechtlichen Zuordnung zur stationären Krankenhausbehandlung nichts zu ändern.

Das BSG⁹ hat daher für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden, dass die präoperative Eigenblutspende Teil der stationären Behandlung ist.

Den Stimmen, die diesem Urteil jegliche Wirkung für den privatärztlichen Bereich der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) absprechen¹⁰, ist entgegenzuhalten, dass die Abgrenzung zwischen ambulanter Leistung und stationärer Krankenhausbehandlung grundsätzlich nicht von der Art des Versicherungsschutzes des Patienten abhängen kann¹¹. Vielmehr ist, ausgehend von der überzeugenden Argumentation des BSG, die Niederschlag in Rechtsprechung¹² und Literatur¹³ gefunden hat, die präoperative Eigenblutspende dem Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zuzuordnen.

2. Die Liquidation der präoperativen Eigenblutspende als wahlärztliche Leistung

Teilweise wird die Honorierung der im Zusammenhang mit der präoperativen Eigenblutspende erbrachten Leistungen mit dem Argument abgelehnt, dass präoperative Eigenblutspenden nicht selbstständig als wahlärztliche Leistungen berechnungsfähig seien, da es sich bei dem Eigenblut um Arzneimittel im Sinne des § 4 Abs. 2 Arzneimittelgesetz (AMG) handele und die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Produktion den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen seien¹⁴.

Diesem Einwand ist lediglich zuzustehen, dass es sich bei Eigenblut um eine Blutzubereitung und damit um ein Arzneimittel im Sinne des § 4 Abs. 2 AMG handelt¹⁵. Die weitergehende Argumentation ist jedoch unzutreffend. Was als ärztliche Leistung gegenüber einem Privatpatienten berechnet werden kann, ergibt sich aus der GOÄ, die spezielle Gebührenziffern für die ärztlichen Leistungen bei der Blutentnahme sowie für die Reinfusion von Eigenblut enthält. Im Einzelnen handelt es sich bezüglich der

Blutentnahmen um die GOÄ-Ziffern 288 bzw. 289 und hinsichtlich der Reinfusionen um die GOÄ-Ziffern 286 und 286a. Hierdurch sind diese Maßnahmen als eigenständige ärztliche Leistungen bei der Behandlung eines Privatpatienten anerkannt worden und werden deshalb nicht von den Kosten für die Herstellung und den Bezug von Medikamenten umfasst. Sie können vielmehr gesondert gegenüber dem Privatpatienten liquidiert werden¹⁶. Würde man der gegenteiligen Auffassung folgen, ergäben die in der GOÄ aufgeführten spezifischen ärztlichen Leistungen keinen Sinn. In diesem Zusammenhang sei der Hinweis erlaubt, dass vor ambulanten Eingriffen eine präoperative Eigenblutspende nahezu ausgeschlossen ist¹⁷.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der präoperativen Eigenblutspende um eine stationäre Leistung handelt, kann diese unter den Voraussetzungen des § 17 KHEntgG auch als wahlärztliche Leistung erbracht werden.

Bei Inanspruchnahme einer wahlärztlichen Leistung wird die allgemeine Krankenhausleistung durch eine besondere ärztliche Versorgung ersetzt. Der Unterschied zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen besteht nicht in der Art und Weise der ärztlichen Leistung, sondern entsprechend dem Wortlaut „wahlärztliche Leistungen“ (§ 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG) in der Einflussnahme auf die Person des behandelnden Arztes¹⁸.

⁸ Vgl. so aber Weigand/Weißauer, Anästh Intensivmed 1997; 38: 209 ff.

⁹ Vgl. BSG, Urteil vom 22.06.1994, Az. 6 RKA 34/93, BSGE 74, S. 263 ff.

¹⁰ Vgl. Weigand/Weißauer, Anästh Intensivmed 1997; 38: 209 ff.

¹¹ Vgl. so zu Recht: Debong, ArztlR 1997; 32: 293, 294.

¹² Vgl. AG Hamburg-Altona, Urteil vom 11.06.2003, Az. 318A C 20/03; AG Seligenstadt, Urteil vom 05.08.2003, Az. 1 C 518/02 (3); AG Karlsruhe, Urteil vom 13.08.2004, Az. 1 C 228/04.

¹³ Vgl. Uleer/Mibach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 2. Aufl., Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), § 1 Erl. 2.2 d), § 2 Erl. 2.1 e); Tuschen/Trefz, KHEntgG, § 1 Erl. Zu Absatz 1.

¹⁴ Vgl. zu diesem Einwand ausführlich: Weigand/Weißauer, Anästh Intensivmed 1997; 38: 209, 210 ff.; Debong, ArztlR 1997, S. 293 ff.

¹⁵ Vgl. Deutsch/Lippert, Kommentar zum Arzneimittelgesetz (AMG) § 4 Rn. 4.

¹⁶ Vgl. Weigand/Weißauer, Anästh Intensivmed 1997; 38: 209, 210; Debong, ArztlR 1997; 32: 293, 294.

¹⁷ Vgl. Weigand/Weißauer, Anästh Intensivmed 1997; 38: 209, 210.

¹⁸ Vgl. AG Seligenstadt, Urteil vom 05.08.2003, Az. 1 C 518/02 (3); Dietz/Bofinger, BPfIV, § 22 Erl. IV. 6 Stand 33. Nachlieferung 2001, die zu Recht darauf hinweisen, dass der Unterschied zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in der Art der ärztlichen Leistung, sondern in der Person des behandelnden Arztes liege; Biermann/Ulsenheimer/Weißauer, MedR 2000; 18: 107, 110; Tuschen/Trefz, KHEntgG, § 17 Erl. Zu Abs. 3.

3. Anforderungen an die Durchführung der präoperativen Eigenblutspende als wahlärztliche Leistung

Es müssen die Voraussetzungen des § 17 KHEntG erfüllt sein. Wichtigste Voraussetzung ist daher, dass vor der Durchführung der präoperativen Eigenblutspende zwischen einem Beauftragten des Klinikträgers und dem Patienten bzw. dessen Vertreter eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen wird. Es gelten die allgemeinen Voraussetzungen, die an den wirksamen Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung zu stellen sind¹⁹.

Es wird empfohlen, die Patienten durch eine Anlage zu der Wahlleistungsvereinbarung ausdrücklich darüber zu informieren, dass die präoperative Eigenblutspende als gesondert berechnungsfähiger Teil der stationären Leistung anzusehen ist und deren lediglich aus medizinischen Gründen erfolgende Auslagerung in den ambulanten Bereich an der rechtlichen Zuordnung zur stationären Leistung nichts zu ändern vermag.

Die Erbringung der wahlärztlichen Leistungen bezüglich der präoperativen Eigenblutspende hat durch den Wahlarzt selbst oder im Wege der Delegation (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ) oder im Wege der Vertretung zu erfolgen.

Im Rahmen der Leistungserbringung durch Delegation ist es ausreichend, wenn der Chefarzt das Therapieprogramm bzgl. der präoperativen Eigenblutspende entwickelt oder doch vor Behandlungsbeginn persönlich überprüft, den Verlauf der Eigenblutspende engmaschig überwacht und die Behandlung nötigenfalls jederzeit beeinflussen kann²⁰. Hierzu ist es erforderlich, dass von Seiten des Chefarztes eine schriftliche Dienstanweisung erlassen wird, die die einzelnen Arbeitsabläufe im Detail beschreibt²¹. Weiter ist es erforderlich, dass der Chefarzt einen bestimmten Arzt beauftragt, bei dem betreffenden Privatpatienten die Eigenblutentnahme durchzuführen. Hierbei sollte während des Eigenblutspendevorgangs eine Rückkoppelung dergestalt erfolgen, dass der Chefarzt über den Fortgang der Eigenblutentnahme informiert ist. Diese Rückkopplung erfolgt unmittelbar und zeitnah im Anschluss an die Beendigung der Infusion bzw. der Blutentnahme. Der Chefarzt muss sich seine Arbeitsabläufe so einrichten, dass er, sofern es notwendig ist, während der Eigenblutspende in den Geschehensablauf eingreifen kann²².

Die präoperative Eigenblutspende als wahlärztliche Leistung kann selbstverständlich auch im Wege der

Vertretung erbracht werden. Der Patient kann unabhängig von einer Verhinderung des leitenden Arztes eine individualvertragliche Vertretervereinbarung treffen, in der er sich für die Behandlung durch einen besonders qualifizierten Arzt entscheidet. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass nur ein Fall der unvorhersehbaren Verhinderung (z. B. plötzliche Erkrankung) im Wege einer formularmäßigen Vertreterregelung geregelt werden könne, ansonsten eine individualvertragliche Vertretervereinbarung (Individualvereinbarung) erforderlich sei²³.

¹⁹ Vgl. hierzu insbesondere die Ausführungen des BGH in den Urteilen vom 27.11.2003, Az. III ZR 37/03, NJW 2004, S. 684 ff., vom 08.01.2004, Az. III ZR 375/02, NJW 2004, S. 686 ff., vom 22.07.2004, Az. III ZR 355/03, NJW-RR 2004, S. 1428 ff. und vom 04.11.2004, Az. III ZR 201/04, ZMGR 2005, S. 36 ff.

²⁰ Vgl. OLG Hamm, Urteil vom 26.04.1995, Az. 3 U 97/94, NJW 1995, S. 2420, 2421; AG Seligenstadt, Urteil vom 05.08.2003, Az. 1 C 518/02 (3).

²¹ Vgl. AG Seligenstadt, Urteil vom 05.08.2003, Az. 1 C 518/02 (3).

²² Vgl. AG Seligenstadt, Urteil vom 05.08.2003, Az. 1 C 518/02 (3).

²³ Vgl. hierzu Schulte/Eberz, MedR 2003; 21: 388 ff.

Literatur:

1. Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) 2005 der Bundesärztekammer und des Paul-Ehrlich-Instituts.
2. Mitteilung des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Votum der 58. Sitzung am 17.03.2005 (V 32).

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. med. Paul Kessler / Dr. med. Max Müller
Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Orthopädische Universitätsklinik Frankfurt a. M.
Stiftung Friedrichsheim
Marienburgstraße 2
60528 Frankfurt am Main
Deutschland
E-Mail: P.Kessler@friedrichsheim.de

Rechtsanwalt Dr. Arnim Eberz
SchulteRiesenkampff Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Hochstraße 49
60313 Frankfurt am Main
Deutschland
Tel.: 069 900266
Fax: 069 90026999
E-Mail: aeberz@schulte-lawyers.de