

Schadensersatz bei Hepatitis nach Bluttransfusion

H. Fiedler¹ und B. Hackethal²

¹ Sperlichstr. 15, D-4400 Münster

² Drubbel 1–2, D-4400 Münster, Bundesrepublik Deutschland

Liability for Hepatitis After Blood Transfusion

Summary. 1) Only a very limited amount of all cases of so-called “post-transfusion-hepatitis” (pth) is really due to infectivity of the transfused blood. Regardless of the mostly unknown true source of the infection, the occurrence of “pth” for itself does not qualify the recipient and/or his illness-insurance company for a legitimate action for damages against the blood bank under current West Germany Federal Law.

2) All West German blood banks are obliged by Federal Law to insure themselves against strictly defined damage claims. Their damage-insurance companies are not entitled to pay compensations to the illness-insurance companies of any victim of “pth” without meticulous investigation of the exact circumstances if expenses exceeding the legally defined limitations are included in the premium of damage-insurance charged to the blood banks.

3) Since nearly all inhabitants of West Germany are legally or voluntarily insured against illness, compensations paid by damage-insurance companies to illness-insurance companies are no appropriate means for any cost containment of the latter. The blood banks have no other choice than to calculate the additional premium costs into the costs of the blood units to be debited to the illness-insurance companies.

Key words: Hepatitis, after blood transfusion – Blood transfusion, hepatitis – Liability, hepatitis

Zusammenfassung. 1. Hepatitis-erkrankungen nach Bluttransfusionen sind nur zu geringem Prozentsatz auf Infektionen durch Bluttransfusion zurückzuführen und nur im Ausnahmefall Arzneimittelschäden im Sinne des § 84 AMG, für die der Hersteller haftet.

2. Haftpflichtversicherungen sind nicht berechtigt, aufgrund von Schadensabkommen in jedem Fall einer Hepatitis nach Bluttransfusion ohne Prüfung der Frage, ob es sich um einen versicherten Arzneimittelschaden handelt, Entschädigungszahlungen an den Krankenversicherer zu leisten.

Durch solche Verfahrensweise wird das gem. § 94 AMG gleich einer Pflichtversicherung versicherte Haftungsrisiko mit entsprechender Prämienfolge zu Lasten des Versicherungsnehmers unzulässig vergrößert.

3. Eine Inanspruchnahme der Haftpflichtversicherer von Blutspendediensten wegen Hepatitis nach Bluttransfusion seitens der Krankenversicherer kann diesen keine Aufwendungen ersparen, da die sich erhöhenden Haftpflichtprämien durch Preiserhöhung für die Blutkonserven auf die Gesamtheit der Krankenversicherer zurückgewälzt werden müssen.

Schlüsselwörter: Hepatitis, nach Bluttransfusion – Bluttransfusion, Hepatitis – Schadensersatz, Hepatitis

Im Dezemberheft 1979 des Bundesgesundheitsblattes hat sich ein Gremium von 20 deutschen Wissenschaftlern unter Federführung des Bundesgesundheitsamtes u. a. über das Problem der Verbreitung der Hepatitis B in Krankenhäusern geäußert [1]. Die Veröffentlichung gibt Veranlassung, Fragen der Schadensersatzverpflichtung bei einer nach Bluttransfusion auftretenden Hepatitis nachzugehen, hier insbesondere der Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen Transfusion einer Blutkonserven und nachfolgend auftretender Hepatitis, des weiteren der Frage nach der Haftung des Herstellers der Blutkonserven in derartigem Fall.

I. Nach immer wiederkehrenden Veröffentlichungen in der Tagespresse besteht eine verbreitete Auffassung, die Ursache einer nach Transfusion auftretenden Hepatitis B sei ohne weiteres, oder zumindest mit großem Grad der Wahrscheinlichkeit, in der Bluttransfusion zu sehen.

Diese Auffassung ist so verbreitet, daß neuerdings der Versuch unternommen wird, existente Rahmenabkommen zur Schadensteilung zwischen Haftpflicht- und Krankenversicherer (Schadensteilungsabkommen = STA) auf entsprechende Schadensfälle anzuwenden, also unter weitgehendem Verzicht auf die Prüfung der Haftungsfrage die Hälfte des vom Krankenversicherer regulierten Gesamtschadens dem Haftpflichtversicherer des Herstellers der verabreichten Blutkonserven anzulasten.

Die solcher Verfahrensweise zugrundeliegende Auffassung von dem Grad der Wahrscheinlichkeit einer ursächlichen Beziehung zwischen Bluttransfusion und danach aufgetretener Hepatitis deckt sich nicht mit den medizinischen Erkenntnissen zum Kausalverlauf in derartigem Fall. Nach den eingangs angesprochenen Ausführungen der Expertengruppe, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft widerspiegeln, ergibt sich zur Verbreitung der Hepatitis B in Krankenhäusern folgendes:

Als besonders *infektionsgefährdete Gruppen* gelten Krankenschwestern, -pfleger und Ärzte, Empfänger von Bluttransfusionen, Patienten mit größeren Operationen, Hämodialysepatienten, Patienten mit Nierentransplantationen unter immunsuppressiver Behandlung, mit lymphatischen Systemerkrankungen oder Morbus Hodgkin.

Als *Infektionsquellen* kommen Blut oder Körperausscheidungen von kranken oder gesunden HBs Ag-Trägern (HB Ag: Im Blut feststellbares Merkmal der

Hepatitis-B-Infektiosität), insbesondere solchen mit hoher Infektionsaktivität, in Frage, wobei diese infektiösen Flüssigkeiten ihre Infektiosität nach Antrocknen an Gegenständen, Textilien, Flächen, Händen oder Verbandmaterialien nicht verlieren. Da hinsichtlich der anderen typischerweise im Hospitalmilieu verbreiteten Hepatitisformen, nämlich der Non-A-Non-B(NANB)-Hepatitiden, ein dem HBs Ag analoges Infektionsmerkmal nicht bekannt ist und man damit rechnen muß, daß es neben gesunden NANB-Trägern auch gesunde Hepatitis-B-Träger ohne nachweisbare HBs Ag-Bildung gibt, müssen auch Blut und Körperrausscheidungen HBs Ag-negativer Personen prinzipiell als potentiell infektiös angesehen werden.

Als *Übertragungswege* sind im weitesten Umfang alle Möglichkeiten einer direkten oder indirekten, insbesondere auch unbemerkten Inokulation von infektiösem Blut, Plasma oder Serum in Betracht zu ziehen, z. B. Transfusionen, Verletzungen mittels infizierter gebrauchter Kanülen, Nadeln oder sonstiger Instrumente, Verschleppung von infektiösem Material über Behandlungsgeräte, Verbände, Gummihandschuhe, ungeschützte Hände, über Aerosole auf Wunden, Punktionsstellen, unbemerkte Verletzungen oder Schleimhäute.

Die heute bekannten Eigenschaften der Hepatitiserreger lassen demzufolge auf eine Vielfalt von möglichen Verbreitungswegen der hier zur Debatte stehenden Hepatitistypen im Krankenhausmilieu schließen.

Da die Hepatitis A kaum jemals in der Folge einer Krankenhausbehandlung bzw. einer Blutübertragung auftritt und sich die Hepatitiden „Non-A-Non-B“ (NANB) klinisch und epidemiologisch nicht grundsätzlich anders verhalten als die Hepatitis B, können die von der Expertengruppe festgestellten epidemiologischen Eigenschaften der Hepatitis B im wesentlichen auf sämtliche nach Bluttransfusionen auftretenden Hepatitistypen bezogen werden.

Somit sind Empfänger von Bluttransfusionen niemals allein dem Risiko des Transfusionsblutes, sondern immer auch zusätzlich dem Risiko einer Verschleppung von Hepatitiserreger von Patient zu Patient ausgesetzt. Das Verschleppungsrisiko bezüglich der Blutempfänger wird noch dadurch akzentuiert, daß die später an Hepatitis erkrankenden Blutempfänger fast ausschließlich in operativen Abteilungen behandelt werden, wo unerkannt infektiöse Mitpatienten infolge ihrer Verletzungen oder sonstiger Blutverluste große Mengen von Erregern in das Milieu einbringen können, während die später an Hepatitis erkrankenden Personen diesen im Milieu verbreiteten Erregern ideale Eintrittspforten in Form ihrer eigenen (Operations-)Wunden und zahlreicher anderer perkutaner Eingriffe bieten.

Im Einzelfall ist es meist nicht möglich, festzustellen, aus welcher Quelle und auf welchem Wege sich ein später an Hepatitis erkrankter Blutempfänger die Infektion zugezogen hat. Mangels repräsentativer Untersuchungen ausreichenden Umfangs ist es noch nicht einmal möglich, zu dieser Frage allgemeingültige Wahrscheinlichkeitswerte anzugeben.

Stichprobenuntersuchungen sprechen dafür, daß die Quote der Infektionen von Patient zu Patient auch an den nach Bluttransfusionen auftretenden Hepatitis-erkrankungen weit höher einzuschätzen ist als gemeinhin angenommen wird und zumindest über 50% liegt. So fanden Schricker und Jeltsch [2] in Erlangen ebenso wie Fiedler, Luboldt, Reidemeister et al. [3] in Essen bei gezielten Prospektiv-

studien an thoraxchirurgischen Patienten mit und ohne Fremdbluttransfusionen keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit postoperativ nachweisbarer Hepatitis-B-Infektionen. Bei Hämodialysepatienten fand Maass [4] keine Korrelation zwischen der Häufigkeit der Hepatitis-B-Infektionen und der Zahl der verabreichten Fremdbluttransfusionen.

Das überwältigende Vorherrschen von nicht mit dem Transfusionsblut übertragenen Hepatitisinfektionen beschränkt sich nicht auf Hochrisiko-Patienten: Auch bei Magenresektionen fand Reinicke [5] keine Korrelation zwischen postoperativer Hepatitis und Bluttransfusion.

Demgegenüber gibt es bis heute keine angemessen kontrollierte Studie, welche eine Beteiligung der mutmaßlichen Infektionsquelle „Transfusionsblut“ an der Gesamtheit der im Krankenhaus erworbenen Hepatitisinfektionen positiv erkennen läßt, obwohl Busch bereits 1971 das Fehlen einer derartigen Studie moniert hatte [6].

Sorgfältige Retrospektivuntersuchungen bei Patienten mit vermuteter „Transfusionshepatitis“ durch Arndt-Hanser [7] führten überraschend häufig zu einer glatten Widerlegung des ursprünglich vermuteten ursächlichen Zusammenhangs zwischen Bluttransfusion und Hepatitis.

Brodersen [8] beschränkte Ermittlungen bei Hospitalhepatitisfällen nicht wie üblich auf die Frage nach verabreichten Bluttransfusionen, sondern bezog darüber hinaus die seinerzeitigen Zimmergenossen der Erkrankten in die Überprüfung ein. In einer bemerkenswerten Zahl von Fällen fand er bei diesen eindeutige Anzeichen einer Hepatitisinfektiosität.

Auch rein epidemiologische Studien, welche sich mit der ätiologischen Problematik nicht detailliert auseinandersetzen, kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß die Transfusionsblutempfänger in der Gruppe aller bei Hospitalkontakte mit Hepatitis infizierter Patienten deutlich in der Minderheit sind [9, 10]. Kürzlich führte Hoppe [11] einen eleganten Beweis, daß es selbst dort, wo eine Korrelation zwischen Hepatitishäufigkeit und Transfusionszahl vorzuliegen scheint, verfehlt wäre, bereits aus dieser numerischen Korrelation auf eine Ursache-Wirkung-Beziehung zu schließen.

II. Die Verpflichtung zur Leistung von Schadensersatz für Schädigung durch eine Hepatitis-krankung beurteilt sich nach den allgemeinen Regeln zivilrechtlicher Schadenshaftung. Die Haftung für einen Schaden setzt dessen Zurechenbarkeit voraus. Unabdingbare Prämisse der Zurechenbarkeit ist neben weiteren, hier nicht entscheidenden Haftungs-elementen die haftungsbegründende, adäquate Kausalität, das ist die Verursachung des Schadens durch denjenigen, gegen den sich der Anspruch auf Ersatz des Schadens richtet, in einer Art und Weise, die den Schadenseintritt nicht als ganz unwahrscheinlich erscheinen läßt.

Diese Haftungskriterien liegen allen einen Anspruch auf Schadensersatz begründenden Normen aus dem Recht der unerlaubten Handlung zugrunde. Darüber hinausgehend differenziert der Gesetzgeber zwischen Verschuldens- (Vorsatz und Fahrlässigkeit) und Gefährdungshaftung, je nach Güterabwägung und Interessenlage. Prinzipiell jedoch setzt der begründete Anspruch auf Schadensersatz die konkrete Feststellung der Schadensursache und des Schädigers voraus.

§ 830 Abs. 1 Satz 2 BGB enthält eine Beweiserleichterung lediglich für den Fall, daß die Beteiligung mehrerer feststeht.

In allen Fällen einer Infektionskrankheit, in denen weder die Infektionsquelle noch der Übertragungsweg mit einem definierbaren Grad an Zuverlässigkeit festgestellt werden können, ist es ausgeschlossen, Schadensersatzansprüche willkürlich gegen einen beliebigen von zahlreichen möglichen Verursachern, im Falle einer Hepatitis nach Bluttransfusionen z. B. gegen den Hersteller der verabreichten Blutkonserven, geltend zu machen. Liegen im Einzelfall neben der Tatsache, daß vor Ausbruch der Hepatitis Blutkonserven übertragen worden sind, konkrete Anhaltspunkte für die Vermutung vor, daß eine der verabreichten Blutkonserven die Quelle der zur Hepatitis führenden Infektion war, bedarf es einer sorgfältigen Prüfung der gesetzlichen Haftungsvoraussetzungen.

Die Schadensersatzverpflichtung bei Personenschäden infolge Bluttransfusion ist in erster Linie durch § 84 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24.8.1976 (BGBl I S. 2445) geregelt. Danach haftet der pharmazeutische Unternehmer ohne Rücksicht auf Verschulden für den Schaden, der durch das von ihm in den Verkehr gebrachte Arzneimittel verursacht worden ist, wenn

1. das Arzneimittel bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen und ihre Ursache im Bereich der Entwicklung oder der Herstellung haben oder
2. der Schaden infolge einer nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Kennzeichnung oder Gebrauchsinformation eingetreten ist.

Als Beispiele seien hier drei typische Grundsituationen angeführt:

a) Die von S gespendete Blutkonserven enthält HBs Ag, ein Merkmal, welches für ein signifikant überdurchschnittliches Infektionsrisiko dieser Blutkonserven spricht. Im Laboratorium des Herstellers der Blutkonserven wurde das HBs Ag auch entdeckt, jedoch infolge einer fahrlässigen Probenverwechslung durch eine Hilfskraft des Herstellers irrtümlich einer anderen Blutkonserven zugeordnet. Diese andere, in Wirklichkeit einwandfreie Blutkonserven wurde deshalb vernichtet, die infektiöse Blutkonserven S wurde in den Verkehr gebracht und dem Empfänger E transfundiert. Zwei Monate nach der Transfusion erkrankt E an einer HBs Ag-positiven Hepatitis. Die Subtypen des HBs Ag bei S und E erweisen sich bei entsprechender Prüfung als identisch.

Beurteilung: Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit war die Transfusion der Blutkonserven S die Ursache der bei E aufgetretenen Hepatitis. Der E entstandene Schaden hat seine Ursache im Bereich der Herstellung der Blutkonserven. Da das überdurchschnittliche Infektiositätsrisiko dieser Blutkonserven erkannt war, überschreitet der dem E entstandene Schaden das nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbare Maß. Der Hersteller haftet nach § 84 AMG. Die Haftung wegen Verschuldens gem. § 91 AMG bleibt unberührt.

b) Die von S gespendete Blutkonserven enthält HB Ag. Vor Abschluß der erforderlichen Untersuchungen, d. h. vor Erkennung des Merkmals HBs Ag, muß die Blutkonserven zur Abwendung akuter Lebensgefahr dem Patienten E übertragen werden. Andere geeignete, von diesem Merkmal sicher freie Blutkonserven lassen sich nicht zeitgerecht beschaffen, das Abwarten des Untersuchungsergebnisses jedoch würde den Patienten einer ernsten Gefahr für Leib und Leben aus-

setzen. Zwei Monate nach der Transfusion erkrankt E an Hepatitis B, die HBs Ag-Subtypen von S und E sind identisch.

Beurteilung: Auch hier hat der dem E entstandene Schaden zweifellos seine Ursache im Bereich der Herstellung der Blutkonserve, weil die erforderliche Überprüfung der Konserven zur Bestätigung der nach medizinischem Wissen möglichen Unbedenklichkeit nicht erfolgt war. Die Haftungsvoraussetzungen nach § 84 AMG bestehen gleichwohl nicht, weil der eingetretene Schaden fallbezogen nicht über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgeht [12]. Dieses Ergebnis gebietet die Güterabwägung zwischen akuter Lebensgefahr und möglicher Hepatitis-Erkrankung. Unberührt bleibt wieder die weitergehende Verschuldenhaftung, etwa des behandelnden Arztes bei nicht gegebener Indikation. Dem Hersteller obliegt insoweit ausschließlich der nachdrückliche Hinweis auf das mit der Konserven verbundene Risiko.

c) Die von S gespendete Blutkonserve erweist sich bei entsprechender Prüfung als frei von HBs Ag und sonstigen Merkmalen eines signifikant überdurchschnittlichen Infektionsrisikos. Sie wird vom Hersteller nach ordnungsgemäßer Prüfung in den Verkehr gebracht und dem Empfänger E transfundiert. Einen Monat danach erkrankt S an Hepatitis B, einen weiteren Monat darauf auch der Empfänger E. Die HBs Ag-Subtypen bei Spender und Empfänger sind identisch.

Beurteilung: Die bei E aufgetretene Hepatitis ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch die Transfusion der Blutkonserve S verursacht worden. Es ist davon auszugehen, daß sich der S zum Zeitpunkt der Spende in einem objektiv noch nicht erkennbaren Infektionsstadium befunden hat (Inkubationsperiode). Die schädliche Wirkung der Blutkonserve hat ihre Ursache in diesem Fall also nicht im Bereich der Entwicklung oder Herstellung. In Entwicklung oder Herstellung können schädliche Arzneimittelwirkungen nur dann ihre Ursache haben, wenn sie durch mögliche abweichende Verfahrensweisen im Entwicklungs- oder Herstellungsprozeß hätten verhindert werden können. Das war nicht der Fall, da die Infektiosität nach medizinischem Wissensstand nicht erkennbar war.

In allen zuvor behandelten Fällen bleibt neben der Haftung des Herstellers zu prüfen, ob jeweils ein Schadensersatzanspruch gem. § 823 BGB gegen den die Transfusion anordnenden Arzt geltend gemacht werden kann. Ein derartiger Anspruch setzt voraus, daß der Arzt die Transfusion ohne eine das generell bestehende, wenn auch geringe, Risiko rechtfertigende Notwendigkeit angeordnet hat, obwohl er vor Beginn der Transfusion ihre Unnötigkeit erkannt hat (bedingter Vorsatz) oder bei Beachtung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt hätte erkennen können (Fahrlässigkeit). Im Hinblick auf die Haftsummenbeschränkung gem. § 88 AMG können Ersatzansprüche aus Verschulden in Einzelfällen neben Ansprüchen aus § 84 AMG von Bedeutung sein.

III. Mit vorstehenden Ausführungen wird deutlich, daß die bestimmungsgemäße Verwendung einer Blutkonserve, nach deren Verabreichung eine Hepatitis-Erkrankung auftritt, nach dem Stand medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse nur als eine einzige unter zahlreichen möglichen Ursachen in Betracht kommt. Die Vielzahl möglicher Infektionsquellen spricht dagegen, daß überwiegend oder auch nur zu größerem Anteil Bluttransfusionen für Hepatitis-Erkrankungen ursächlich sind. Dies läßt den Schluß zu, daß Hepatitis-Erkrankungen nach Bluttransfusionen

nur im Ausnahmefall Arzneimittelschäden im Sinne von § 84 AMG sind. Im Regelfall sind die Tatbestandsmerkmale des Arzneimittelschadens nicht erfüllt, nämlich immer dann nicht,

- a) wenn das transfundierte Blut nicht die Infektionsquelle der Hepatitis war;
- b) wenn das Inverkehrbringen einer verkeimten Blutkonserve seine Ursache nicht im Bereich der Entwicklung oder Herstellung (einschließlich Prüfung) hatte, sondern in einer objektiv nicht erkennbaren Infektion des Spenders,
- c) wenn das Inverkehrbringen einer nicht abschließend geprüften Blutkonserve nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbar war, weil nur auf diese Weise — unter bewußter Hinnahme des minimalen Risikos einer Hepatitisinfektion — Leben oder Gesundheit gerettet werden konnte.

Vor diesem Hintergrund erscheint die zunehmende Praxis von Krankenversicherern, in Schadensfällen von Hepatitis-Erkrankungen nach Bluttransfusionen von dem Haftpflichtversicherer des Herstellers der verabreichten Blutkonserven eine hälftige Schadensbeteiligung zu verlangen, bedenklich. Die Grundlage für derartige Ansprüche findet sich in zwischen den Versicherern bestehenden Schadensteilungsabkommen (STA), in denen sich der Haftpflichtversicherer im Fall seiner Inanspruchnahme gem. § 1542 RVA bzw. § 67 VVG durch den Krankenversicherer des Geschädigten zum Verzicht auf die Prüfung der Haftpflichtfrage verpflichtet hat.

Zu dieser Problematik liegt eine Entscheidung des Landgerichtes Stuttgart vor [13]. Dort wird die Anwendung des STA in jedem Fall eines *möglichen* Zusammenhangs zwischen dem Schaden und dem versicherten Gefahrenbereich bejaht, d. h., in allen Fällen, in denen „eine Inanspruchnahme nicht außerhalb jeglicher Lebenserfahrung liegt“.

Nach diesem Urteil verböte ein STA, welches die Prüfung der Haftpflichtfrage ausschließt, kategorisch jede Prüfung der Frage, ob eine aus irgendwelchen Gründen im Gefolge eines Krankenhausaufenthaltes auftretende Hepatitis ein schadensersatzpflichtiger Arzneimittelschaden ist, sobald im Verlauf der Krankenhausbehandlung nur eine Blutkonserve verabreicht worden ist.

Derartige Haftungsregelung verletzt Rechte der haftpflichtversicherungspflichtigen Blutkonservenhersteller: Diese sind gem. § 94 AMG gezwungen, das in § 84 AMG erschöpfend beschriebene Risiko versichern zu lassen. Entäußert sich nun ein Haftpflichtversicherer durch Abschluß eines STA mit den Krankenversicherern jeder Möglichkeit einer Nachprüfung, ob ein Schaden, für den er Ersatz leisten soll, überhaupt ein Arzneimittelschaden im Sinne des Gesetzes ist und erklärt er sich bereit, für sämtliche Schäden Deckung zu leisten, deren Einstufung als Arzneimittelschäden nicht außerhalb jeglicher Lebenserfahrung liegt, so wird damit der tatsächliche Haftungsumfang aus dem versicherten Risiko in unvertretbarer Art und Weise gegenüber dem auf gesetzlicher Grundlage zu kalkulierenden Risiko vergrößert. Dies hat für den Hersteller der Blutkonserven vom Gesetzgeber nicht gewollt und damit unzulässige Prämienfolge.

Derartige Haftungsverpflichtungen über den gesetzlichen Deckungsbereich hinaus wären im Falle der Hepatitis nach Bluttransfusion nicht von unerheblichem Umfang: Auf der Grundlage des eingangs eingeführten statistischen Materials kommen schätzungsweise auf einen Fall, der ein Arzneimittelschaden im Sinne des Gesetzes ist, ca. 1000 Fälle, für die der Hersteller nach dem Gesetz nicht haften

muß. Würden sich Haftpflichtversicherungen des Rechtes auf Prüfung der Haftpflichtfrage entäußern, ohne vom Versicherten bzw. vom Gesetzgeber dazu ermächtigt zu sein, so hätte dies — selbst unter Berücksichtigung anderweitig möglicher Einsparungen aus dem STA — eine Vervielfachung des der Prämienberechnung zugrunde gelegten Risikos zur Folge.

Neben rechtlichen Bedenken sind gegen die praktischen Auswirkungen der entsprechenden STA auch ökonomische Einwände angebracht. Es ist nämlich ein Irrtum der Krankenversicherer anzunehmen, sie könnten durch die Inanspruchnahme der Hersteller von Blutkonserven für ihre Aufwendungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Hepatitis-Erkrankungen nach Bluttransfusionen zur Kostendämpfung in ihrem Bereich beitragen. In Wirklichkeit haben die Blutspendedienste überhaupt keine andere Wahl, als die durch diese Praxis steigenden Haftpflichtversicherungsbeiträge in die Gestehungskosten der Blutkonserven einzukalkulieren und über deren Abgabepreise auf die Gesamtheit der Krankenversicherer zurückzuwälzen, vermehrt um die im Zusammenhang mit einer derartigen Leerlaufzirkulation von Geldmitteln zusätzlich entstehenden Verwaltungskosten bei Haftpflichtversicherungen und Blutspendediensten.

Literatur

- 1 ohne Verfasser (1979) Virushepatitiden. *Bundesgesundheitsbl* 22:473-487
- 2 Schricker KTh, Jeltsch H (1976) Bedarf die Bezeichnung „Transfusionshepatitis“ einer Revision? *Forsch Erg Transf Med Immunhaematol* 3:115-118
- 3 Fiedler H, Luboldt W, Schotte JF, Reidemeister JChr, Scheiermann N (1978) Postoperative Hepatitis nach Eigen- und Fremdbluttransfusionen. *Forsch Erg Transf Med Immunhaematol* 5:403-405
- 4 Maass G (1979) Hepatitis Häufigkeit in Dialyse-Zentren. In: Arndt-Hanser A (Hrsg) HB-Antigene und Bluttransfusion. Verlag Hygieneplan, Mainz, S 23-26
- 5 Reinicke V (1980) Vortrag IV. Hepatitis-Symposium Mainz, 18.5.1979 (im Druck)
- 6 Busch H (1971) Hepatitis nach Blutübertragungen. *Dtsch Med Wochenschr* 96:1694-1695
- 7 Arndt-Hanser A (1979) Persönliche Mitteilung
- 8 Brodersen M, Folger W, Rudhart A (1976) In der Klinik erworbene Hepatitis-B-Infektionen. *Med Klin* 71:621-628
- 9 Höpken W, Willers H (1978) Epidemiologie der Hepatitis B. *Bundesgesundheitsbl* 21:356-363
- 10 Müller R, Willers H, Knocke KW, Sipos S, Höpken W (1979) Epidemiologie und Prognose der Hepatitis Non A, Non B. *Dtsch Med Wochenschr* 104:1471-1474
- 11 Hoppe I (1980) Vortrag 2. Biostest-Symposium Bad Nauheim, 18.1.1980 (im Druck)
- 12 ohne Verfasser (1979) Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion. *Dtsch Ärztebl* 277-293
- 13 Urteil des Landgerichtes Stuttgart vom 4./5.2.1976 (AZ 90 314/75), zit in Vers R, 1977, S 1161-1162