

Ausgabe 1

Empfehlungen des Ethikrates

Handlungsempfehlung
für den Umgang mit Patienten, die
den Zeugen Jehovas angehören

Trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier



Herausgegeben vom
Trägerübergreifenden Ethikrat im Bistum Trier

Vorsitzender: Prof. Dr. Heribert Niederschlag
Geschäftsstelle: Ethik Institut an der
Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar
Pallottistr. 3, D-56179 Vallendar
Telefon: +49 (0)261 6402-603
Telefax: +49 (0)261 6402-300
E-Mail: ethikrat@pthv.de

©2012 Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar. Alle Rechte vorbehalten.
Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Redaktion: Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann; Dr. Ingo Proft
Layout: Dr. Claudia Gerstenmaier

ISSN 2194 -1386

Vorwort

Ethik hat derzeit Konjunktur, - auch im Gesundheitswesen. Das Interesse, wichtige Entscheidungen im Krankenhaus auch ethisch zu klären, nimmt zu. Der Trägerübergreifende Ethikrat im Bistum Trier, der am Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar angesiedelt ist, hat sich mit der Frage beschäftigt, wie mit Patienten und Patientinnen zu verfahren sei, die den Zeugen Jehovas angehören und die darum eine Bluttransfusion strikt ablehnen.

Kann Krankenschwestern und Ärzten zugemutet werden tatenlos zuzusehen, wie ein Patient oder eine Patientin stirbt, die mit einer Bluttransfusion hätten gerettet werden können.

Der Ethikrat hat sich kritisch mit der Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören auseinandergesetzt. In dieser Publikation sollen sowohl die Handlungsempfehlung wie auch die Ergebnisse der Beratungen des Ethikrates einem größeren Leserkreis zugänglich gemacht werden.



INHALT

1. Entstehung	7
1.1 Kontext	7
1.2 Fragestellung und Arbeitsauftrag	7
1.3 Arbeitssitzungen des Trägerübergreifenden Ethikrates (2010/11)	8
2. Stellungnahme	10
2.1 Problemstellung	10
2.2 Kriterien und Argumente	11
2.3 Abwägung	12
2.4 Stellungnahme des Trägerübergreifenden Ethikrates	14
3. Handlungsempfehlung	17
3.1 Aufgabe und Zielsetzung der Handlungsempfehlung	17
3.2 Handlungsempfehlung des Ethik-Komitees St. Elisabeth Saarlouis et. al.	17
4. Appendix	22
4.1 Literaturhinweise	22
4.2 Kurzinformation trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier	23

1 ENTSTEHUNG

1.1 Kontext

Das Ethik-Komitee des Marienhaus Klinikums St. Elisabeth Saarlouis sowie der Marienhaus Kliniken St. Elisabeth Wadern und St. Josef Losheim am See haben 2009 *eine Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören*, formuliert. Hintergrund für die Erstellung der Handlungsempfehlung ist eine zunehmende Zahl an Anfragen von Mitgliedern der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas nach Behandlungen in den vorgenannten Krankenhäusern. Die Marienhaus GmbH als Träger der drei Krankenhäuser äußerte daraufhin den Wunsch, auf der Grundlage dieser Handlungsempfehlung eine für sämtliche Einrichtungen des Trägers einheitliche Handlungsempfehlung zu erstellen. Mit diesem Auftrag wurde der *Trägerübergreifende Ethikrat im Bistum Trier* betraut, der sich erstmals in seiner Sitzung am 06.02.2009 mit der Handlungsempfehlung inhaltlich befasste. Die Zielrichtung und konkreten Vorschläge der Handlungsempfehlung wurden vom Trägerübergreifenden Ethikrat befürwortet und die ethischen Begründungen unterbreitet. Nach einer Revision der Handlungsempfehlung durch das Ethik-Komitee der drei Krankenhäuser im Jahre 2010 wurden diese dem Träger zur Genehmigung vorgelegt. Die Geschäftsführung der Marienhaus GmbH hat die Handlungsempfehlung daraufhin am 07.10.2010 erneut dem Trägerübergreifenden Ethikrat für eine abschließende ethische Begutachtung vorgelegt.

1.2 Fragestellung und Arbeitsauftrag

Die erneute Vorlage der Handlungsempfehlung zur ethischen Begutachtung durch den Trägerübergreifenden Ethikrat verband die Geschäftsführung der Marienhaus GmbH mit folgenden Fragen:

1. Ist es ethisch gerechtfertigt, in unseren Krankenhäusern Zeugen Jehovas in jedem Fall ohne Bluttransfusion zu behandeln?
2. Können wir Ärzten empfehlen, die sogenannte „Arztumfrage-Rückantwort“ zu unterschreiben?
3. Sind die von den Zeugen Jehovas benannten medizinischen Alternativen zur Bluttransfusion ethisch unbedenklich?

1.3 Arbeitssitzungen des Trägerübergreifenden Ethikrates 2010/2011

Der Trägerübergreifende Ethikrat hat in seiner Sitzung am 11.11.2011 diese Fragen aufgegriffen und die Handlungsempfehlung begutachtet. Zu dieser Sitzung wurde Dr. Andreas Neumeier, Vorsitzender des Ethikkomitees des Marienhausklinikums St. Elisabeth Saarlouis sowie Mitautor der Handlungsempfehlung hinzugeladen. Zeitweise wurden zu der Sitzung zudem Heinrich Dreuw vom Krankenhausinformati-onsdienst Deutschland der Zeugen Jehovas, sowie Horst Moser vom Krankenhaus-Verbin-dungskomitee für Zeugen Jehovas, Bereich Trier, hinzugebeten.

Dr. Neumeier berichtete, dass nach einem intensiven interdisziplinären Diskurs insbesondere zwischen Chirurgen und Anästhesisten in der Handlungsempfehlung niedergelegt wurde, Mitglieder der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas nur dann einem chirurgischen Eingriff zu unterziehen, wenn die Notwendigkeit einer Bluttrans-fusion eine Wahrscheinlichkeit von 10% nicht übersteigt.

Heinrich Dreuw und Horst Moser betonten in ihren Ausführungen die positive Grund-einstellung der Zeugen Jehovas gegenüber dem Leben. Allerdings gehörte das bi-blisch begründete Gebot der Reinheitspflicht, das die Übertragung von extrakorpo-ralen Blut verbiete, zu den zentralen Überzeugungen der Glaubensgemeinschaft und überwiege in der Perspektive der Glaubensgemeinschaft die ärztliche Fürsor-gepflicht, bei entsprechender Indikation dem Patienten Blut oder Blutbestandteile zu verabreichen.

Die solcherart begründeten Verbotsnormen für Mitglieder der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas führten zu der Entwicklung von alternativen Konzepten zur Si-cherstellung eines ausreichenden Körperblutvolumens bei chirurgischen Eingriffen, die sich im Wesentlichen auf eine Minimierung des Blutverlustes, eine ausgedehnte und individualisierte Anämietoleranz und eine Optimierung der Blutgerinnung kon-zentrieren. Die Verbotsnormen und die hieraus resultierenden Forderungen gelten in gleicher Weise auch für Kinder sowie für nicht oder nur eingeschränkt entscheidungs-

fähige Personen. Dreuw und Moser äußerten den Wunsch nach Entwicklung eines kommunikativen und organisatorischen Netzwerkes und einer Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Marienhaus GmbH und des Krankenhausverbindungskomitees der Zeugen Jehovas bei der ärztlichen Behandlung von Mitgliedern der Glaubensgemeinschaft. In diesem Zusammenhang schlugen sie vor, ein von den Zeugen Jehovas erstelltes Formular „Arztumfrage-Rückantwort“ in den Einrichtungen der Marienhaus GmbH einzusetzen, mit dem die Bereitschaft der einzelnen Ärzte und Abteilungen für eine blutfreie Behandlung von Zeugen Jehovas dokumentiert werden soll.

Wenngleich der Umgang mit Eigen- und Fremdblut als konstitutives Element für das Glaubensleben der Zeugen Jehovas betont und ein grundlegendes dauerhaftes Abweichen von der in der Gemeinschaft gelebten Norm als religiös und sozial nicht annehmbar dargestellt wurde, wird nach Aussage von Heinrich Dreuw ein Mitglied der Zeugen Jehovas bei Nichtbeachtung dieser Verbotsnormen nicht automatisch exkommuniziert.

Der Trägerübergreifende Ethikrat im Bistum Trier beriet das Themenfeld nach dem 11.11.2011 auch auf seiner folgenden Sitzung am 09.12.2011 und entschloss sich zu einer eigenen Stellungnahme (Kap. 2)) sowie auch vom Ethikkomitee Saarlouis als vorgelegte *Handlungsempfehlung* in die vorliegende Publikation aufzunehmen (Kap. 3) und auf ergänzende Literatur in einem Appendix (Kap. 4) hinzuweisen.

2 STELLUNGNAHME

2.1 Problemstellung

Die Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas lehnt aus religiösen Gründen die Transfusion von Vollblut und Blutkomponenten fremder Spender bei elektiven und Notfall-Eingriffen ab, ferner auch die Transfusion von Eigenblut nach vorheriger (z.B. präoperativer) Eigenblutspende. Das Verbot gilt auch für lebensbedrohliche Situationen, in denen die Verabreichung von Blutbestandteilen (Erythrozytenkonzentrate, Thrombozytenkonzentrate etc.) aus medizinischer Perspektive zum Erhalt des Lebens unbedingt erforderlich ist.

Der individuellen Entscheidung des einzelnen Mitglieds der Glaubensgemeinschaft überlassen ist die intravenöse Gabe sogenannter „Derivate“ von Blutkomponenten (z.B. *Plasmaderivate, Gerinnungsfaktoren, Albumin, Immunglobuline, etc.*). Ebenfalls erlaubt sind teilweise intraoperative Verfahren der Eigenblutrückgewinnung (cell saver). Aus ethischer Perspektive stellt sich insbesondere die Frage, wie in dieser Situation zwischen der Fürsorge- und Garantenpflicht des Arztes und dem Recht auf Selbstbestimmung auf Seiten des Patienten zu vermitteln ist.

Diese Frage wurde anhand von vier Fragekomplexen behandelt, die einen unmittelbaren Praxisbezug aufweisen:

1. Darf ein Behandlungsvertrag zwischen einem Patienten und einem Arzt das Unterlassen einfacher lebenserhaltender Maßnahmen wie eine Bluttransfusion im Bedarfsfall beinhalten?
2. Ist es zu rechtfertigen, dass ein Arzt ein Behandlungsangebot mit einer so gearteten grundlegenden Einschränkung unterbreitet und ein Arzt-Patient-Verhältnis etabliert?
3. Entfalten solche Behandlungseinschränkungen, die sich auf lebensbedrohliche Situationen beziehen, für nichteinwilligungsfähige Patienten (Kinder, geistig eingeschränkte/behinderte Menschen) einen ethischen und rechtlichen Geltungsanspruch?
4. Inwieweit kann sichergestellt werden, dass die Beachtung der von der Religion vorgegebenen Pflichten tatsächlich eine selbstbestimmte Entscheidung des Patienten ermöglicht?

2.2 Kriterien und Argumente

Für die ethische und rechtliche Legitimierung eines ärztlichen Eingriffs bei einem Patienten sind die das Arzt-Patient-Verhältnis bestimmenden Bedingungen von ausschlaggebender Bedeutung. Hierzu zählen:

- a) die Notwendigkeit einer bestimmten Behandlung
- b) der Individualnutzen für den Patienten durch eine bestimmte Behandlung
- c) die Einwilligung des Patienten zu dieser Behandlung

Die Notwendigkeit einer bestimmten Behandlung (a) bezieht sich – von den (seltenen) Fällen des individuellen Heilversuchs abgesehen – in aller Regel auf die Anwendung etablierter regelhafter medizinischer Behandlungsverfahren, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt und deren Anwendung im Rahmen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Kunst (*lex artis*) akzeptiert ist.

Die Notwendigkeit einer Behandlung (a) sowie der Individualnutzen für den Patienten (b) stehen in reziprokem Verhältnis zueinander: Die Anwendung einer etablierten regelhaften medizinischen Behandlungsmethode muss sich immer am Wohl des individuellen Patienten orientieren, so wie sich die individuelle ärztliche Behandlung eines Patienten immer am Kriterium der objektivierbaren Notwendigkeit orientieren muss. Beide Bedingungen in ihrem reziproken Verhältnis werden als medizinische Indikation bezeichnet.

Für die Legitimierung eines ärztlichen Eingriffs bei einem Patienten stellen das Vorliegen einer medizinischen Indikation und die Einwilligung des Patienten unabdingbare Voraussetzungen dar.

Das Vorliegen einer medizinischen Indikation und die Einwilligung des Patienten stellen zudem die Rahmenbedingungen für das besondere Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten dar, das als Arzt-Patient-Verhältnis bezeichnet und durch das Recht in besonderer Weise geschützt wird. Der Patient muss darauf vertrauen können, dass der Arzt sein Wissen und Können dem Patienten nach etablierten Regeln der Medizin rückhaltlos zur Verfügung stellt. Umgekehrt muss der Arzt darauf vertrauen können, dass der Patient ihn sein Wissen und Können der medizinischen Notwendigkeit entsprechend anwenden lässt. Andernfalls wäre eine den medizinischen Regeln gemäße optimale Behandlung des Patienten, zu der der Arzt verpflichtet ist, nicht zu gewährleisten.

Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ist das Prinzip der Selbstbestimmung nicht in Anwendung zu bringen. In diesen Fällen muss eine stellvertretende Einwilligung (gesetzliche Vertreter, Betreuer) erfolgen, die sich ausschließlich am Wohl des Patienten zu orientieren hat.

Die Selbstbestimmung des Patienten als unabdingbare Grundlage für das Arzt-Patient-Verhältnis kann sich nur entfalten, wenn der Patient im Arzt-Patient-Verhältnis umfassend informiert wird und auf der Grundlage dieser Information unbeeinflusst eine freie Entscheidung treffen kann. Hierfür ist die vertrauensvolle und private Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine unabdingbare Voraussetzung.

Unter Berücksichtigung der Verpflichtung zur Hilfe insbesondere in medizinischen Notfällen hat auch der Arzt das Recht, eine elektive Behandlung bei einem Patienten und die Etablierung eines Arzt-Patient-Verhältnisses abzulehnen. Dies kann etwa der Fall sein, wenn ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht herzustellen ist oder der Patient vom Arzt Maßnahmen (auch Unterlassungen) verlangt, die mit den Regeln der ärztlichen Kunst nicht in Einklang stehen und den Arzt insofern in ethische Dilemmata führen.

2.3 Abwägung

Auf der Grundlage der dargelegten Kriterien und Argumente lassen sich im Hinblick auf die vier oben gestellten Fragen (vgl. 2.1) bezüglich der Behandlung von Mitgliedern der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas folgende Aussagen treffen:

1. Bei der Wahl der im individuellen Fall durchzuführenden Behandlung ist der Arzt dem Willen des Patienten und der objektiven medizinischen Notwendigkeit verpflichtet. In diesem Sinne steht der Arzt im Arzt-Patient-Verhältnis nicht in der Rolle eines Dienstleisters oder Erfüllungsgehilfen, sondern in der Rolle des vom Patienten aufgesuchten bzw. hinzugezogenen fachkompetenten Ratgebers und Helfers, der eigenen fachlichen und moralischen Regeln (*lex artis*) verpflichtet ist. Der Arzt darf daher weder gegen den Willen des Patienten noch gegen die fachlichen und moralischen Regeln handeln. Beide Verpflichtungen müssen in einem Arzt-Patient-Verhältnis beachtet und angemessen abgeglichen werden. Wenn dies nicht möglich ist, können das Arzt-Patient-Verhältnis und ein Behandlungsvertrag – zum Schutze des Patienten und/oder zum Schutze des Arztes – nicht zustande kommen.

2. Die Gabe von Blutbestandteilen im Falle eines lebensbedrohlichen Blutverlustes gehört zu den etablierten Standardmethoden der medizinischen Behandlung. Ein Arzt würde gegen fachliche und moralische Regeln verstoßen, wenn er eine solche Behandlung bei bestehender medizinischer Notwendigkeit nicht durchführen würde. Dies gilt insbesondere, wenn der Blutverlust die Folge eines elektiven ärztlichen Eingriffs ist und der Arzt (z.B. durch eine Operation oder Chemotherapie) den Blutverlust unmittelbar oder mittelbar verursacht hat. Insofern ist es in der Regel nicht zu rechtfertigen, wenn der Arzt ein Behandlungsangebot unterbreitet, das bereits einfache lebenserhaltende Maßnahmen ausschließt (Ausnahmen können z.B. verlaufsbestimmende Erkrankungen darstellen).

3. Der Arzt trägt in besonderer Weise Verantwortung für nichteinwilligungsfähige Patienten. Grundsätzlich wird eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung mit den Sorgeberechtigten bzw. Betreuungspersonen im Sinne und nach Eruiierung des mutmaßlichen Willens des Patienten angezielt. Davon unbenommen bleiben Notfalleingriffe, die bei ausstehender Willensbekundung des Patienten grundsätzlich immer unter Verwendung aller gebotenen Mittel durchgeführt werden. Zu solchen Notfalleingriffen gehören auch lebensnotwendige Bluttransfusionen. Im Falle der Behandlung von Kindern, Jugendlichen oder anderen nicht einwilligungsfähigen Patienten der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas ist zu erwarten, dass die Einwilligung der Sorgeberechtigten bzw. Betreuer zu Bluttransfusionen nicht erteilt wird. Daher sollte bereits im Vorfeld das Betreuungsgericht angerufen werden.

4. Die Etablierung eines Arzt-Patient-Verhältnisses unterliegt der freien Entscheidung des Patienten und des Arztes. Dritte können gegebenenfalls Rahmenbedingungen setzen, dürfen jedoch in das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis nicht direkt eingreifen. So darf die Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas Rahmenbedingungen begründen und formulieren, jedoch nicht in das Verhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten eingreifen oder daran beteiligt werden. Der Arzt ist selbstverständlich auch der Wahrung der Religionsfreiheit als Ausdruck der Selbstbestimmung des Patienten verpflichtet. Für den Arzt erwachsen allerdings aus der Religionszugehörigkeit des Patienten in der Regel keine unmittelbaren Handlungskonsequenzen. Die Wahrung der persönlichen Entscheidungsfreiheit des Patienten ist in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis sicherzustellen.

Für den Träger eines Krankenhauses gilt, dass der Arzt vom Träger des Krankenhauses nicht in ein individuelles Arzt-Patient-Verhältnis verpflichtet werden kann.

2.4 Stellungnahme des Trägerübergreifenden Ethikrats

zur *Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören*. Diese Handlungsempfehlung wurde erstellt durch das Klinische Ethik-Komitee des Marienhaus Klinikums St. Elisabeth Saarlouis sowie der Marienhaus Kliniken St. Elisabeth Wadern und St. Josef Losheim am See.

Nach intensiven Gesprächen u. a. mit dem Krankenhausinformationsdienst (Deutschland) und dem Krankenhausverbindungskomitee der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas nimmt der Trägerübergreifende Ethikrat zu der *Handlungsempfehlung* wie folgt Stellung:

1. Der Ethikrat spricht sich für eine Handlungsempfehlung aus, nicht für eine Verfahrensanweisung. Mit der Handlungsempfehlung sollen die Verantwortung und Entscheidungskompetenz des behandelnden Arztes gestärkt und ihm zugleich eine Orientierung an die Hand gegeben werden. Der Empfehlungscharakter bietet auch die Chance, der drängenden Forderung der Zeugen Jehovas nach einem mit ihren Glaubensgrundsätzen vereinbaren Therapieangebot so weit wie möglich Rechnung zu tragen.
2. Der Ethikrat orientiert sich insbesondere an den Prinzipien der Selbstbestimmung des Patienten und der Religionsfreiheit. Gleichzeitig verweist er auf die Verpflichtung des Arztes, »*lege artis*« zu handeln und zudem den Lebensschutz bei minderjährigen und/oder nicht einwilligungsfähigen Patienten zu garantieren. Dem Ethikrat ist zudem die psychische Belastung und Zumutung für Ärzte bewusst, einen Patienten sterben zu sehen, der mit einer Bluttransfusion hätte gerettet werden können. In den *Handlungsempfehlungen* werden diese, im Falle der Zeugen Jehovas konfligierenden, Ansprüche nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrates in angemessener Weise in Abwägung gebracht. Zudem wird die schützende Verantwortung des Trägers gegenüber seinen Mitarbeitern zum Ausdruck gebracht.
3. Ein Arzt muss, ohne von außen beeinflusst oder bedrängt zu werden, in der konkreten Situation entscheiden können, ob er es für vertretbar hält, einem Patienten, der sich als Zeuge Jehovas bekennt, Blutprodukte zu verabreichen oder nicht. Allerdings ist der Wille des Patienten maßgebend. In einem offenen und vertrauensvollen Auf-

klärungsgespräch und in Abstimmung einer klaren Behandlungsvereinbarung ist sicherzustellen, dass von ärztlicher Seite nichts unternommen wird, was dem Willen des Patienten zuwiderläuft. Wenn kein Einvernehmen zwischen Arzt und Patient hergestellt werden kann, kann kein Behandlungsangebot erfolgen. Diese Prinzipien sind in den Handlungsempfehlungen abgebildet.

4. Wenn die Wahrscheinlichkeit für die Notwendigkeit einer Bluttransfusion nach den bisherigen Erfahrungswerten nicht über zehn Prozent liegt, kann mit dem Einverständnis des Patienten die Behandlung vom Arzt vorgenommen werden. Eine Einzelfallabwägung und eine entsprechende Abstimmung mit dem Patienten im Aufklärungsgespräch sind notwendige Voraussetzungen für einen Eingriff.

Der Ethikrat empfiehlt dem Träger die in der *Handlungsempfehlung* dargelegte Beachtung einer 10%igen Wahrscheinlichkeit für die Notwendigkeit einer Bluttransfusion als Grenze bei Elektiveingriffen. Finanzielle Anreize dürfen die Entscheidungen des Trägers nicht beeinflussen.

5. Im Rahmen einer trägerweiten Umsetzung der *Handlungsempfehlung* müssen die hierzu notwendigen Verfahren für alle von dieser Fragestellung betroffenen Einrichtungen zusammengeführt und zugänglich gemacht werden. Ein regelmäßiger standortübergreifender Erfahrungsaustausch in der Umsetzung der *Handlungsempfehlung* muss vom Träger organisiert und nachgehalten werden. Der Ethikrat empfiehlt zudem eine erste Evaluation der Empfehlungen, unter besonderer Beachtung von Konfliktfällen, nach Ablauf von zwei Jahren.

6. Der Ethikrat spricht sich gegen eine vertragliche Verpflichtung von Referenzkrankenhäusern für die Zeugen Jehovas unter der Trägerschaft der Marienhaus GmbH aus, da eine externe Einflussnahme auf das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis nicht ausgeschlossen werden kann.

Neben den grundsätzlichen Erwägungen hat der Ethikrat die unter **Kapitel 1.2** aufgeführten Fragen der Marienhaus GmbH behandelt:

Frage 1: Ist es ethisch gerechtfertigt, in unseren Krankenhäusern Zeugen Jehovas ohne Bluttransfusion zu behandeln?

Antwort: Wenn aufgrund der bisherigen Erfahrungen bei definierten Operationen eine Transfusionswahrscheinlichkeit von zehn Prozent nicht überschritten wird, ist es zu rechtfertigen, diese Operationen durchzuführen. Dabei ist Folgendes zu beachten:

1. Unterhalb der 10%-Grenze muss es in der Entscheidung des behandelnden Arztes liegen, ob er im konkreten Fall der Durchführung des wahrscheinlich „transfusionsfreien“ Eingriffs zustimmt bzw. diesen (mit-) durchführt oder nicht.
2. Für Kinder und Jugendliche sowie bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ist immer das Betreuungsgericht einzuschalten.
3. Eine Re-Evaluierung der gesetzten Grenze von zehn Prozent wird nach Ablauf einer zweijährigen Praxisphase dringend empfohlen.

Frage 2: Können wir unseren Ärzten empfehlen, die sogenannte „Arztumfrage-Rückantwort“ zu unterschreiben?

Antwort: Der Ethikrat empfiehlt, die „Arztumfrage-Rückantwort“ nicht zu beantworten. Sie kann die behandelnden Ärzte verunsichern und im Einzelfall zu problematischen Handlungsweisen verpflichten. Stattdessen sollte auf die vorgeschlagene Zehn-Prozent-Regelung verwiesen und diese gegenüber den Zeugen Jehovas transparent begründet werden. Die konkrete Entscheidung für einen Eingriff sollte im persönlichen und privaten Gespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten und nicht durch eine generelle Vorab-Festlegung des Arztes gegenüber Vertretern der Glaubensgemeinschaft getroffen werden. Eine Vereinnahmung und Instrumentalisierung des behandelnden Arztes ist in jedem Fall auszuschließen.

Frage 3: Sind die von den Zeugen Jehovas benannten medizinischen Alternativen zur Bluttransfusion ethisch unbedenklich?

Antwort: Eine ethisch verantwortliche Entscheidung kann nur in Kenntnis der klinischen Situation des Patienten erfolgen. Die von den Zeugen Jehovas vorgestellten Behandlungsmethoden sind nach aktuellem Stand der Wissenschaft allenfalls geeignet, Zeit zu gewinnen und eine Behandlung durch Bluttransfusion zeitlich aufzuschieben, können letztere aber in der Regel nicht ersetzen. Zudem bergen diese alternativen Methoden, wie z.B. die Erhöhung der Gerinnungskompetenz, erhebliche Risiken und die Gefahr von Nebenwirkungen (z.B. Entwicklung von Thrombosen). Die Beobachtung neuer Forschungen und Entwicklungen in Bezug auf alternative Behandlungen zur Bluttransfusion wird dem Träger gleichwohl dringend empfohlen.

3 HANDLUNGSEMPFEHLUNG

3.1 Aufgabe und Zielsetzung der Handlungsempfehlung

Auf Basis neuester wissenschaftliche Erkenntnisse und konkreter Transfusionsstatistiken des Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis sowie der Marienhaus Kliniken St. Elisabeth Wadern und St. Josef Losheim am See, hat das Klinische Ethik-Komitee dieser Krankenhäuser 2009 eine Handlungsempfehlung erarbeitet, die behandelnden Ärzten Sicherheit und schnelle Orientierung beim Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören, bietet. Die Handlungsempfehlung zielt zudem darauf ab, dem Ansinnen der Zeugen Jehovas auf blutfreie Therapieverfahren Rechnung zu tragen und das Bewusstsein für die grundsätzliche Reduktion der Zahl der Bluttransfusionen aufgrund neuer technischer Möglichkeiten zu schärfen.

3.2 Handlungsempfehlung des Ethik Komitees St. Elisabeth Saarlouis et. al.

*Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten,
die den Zeugen Jehovas angehören*

Erstellt durch das Klinische Ethik-Komitee Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis Marienhaus Kliniken St. Elisabeth Wadern und St. Josef Losheim am See

Vorbemerkung

Die Krankenhäuser der Marienhaus GmbH Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis und Marienhaus Kliniken St. Elisabeth Wadern und St. Josef Losheim am See werden nicht als empfohlene Krankenhäuser für Angehörige der Zeugen Jehovas tätig. Die nachfolgende Handlungsempfehlung wurde insbesondere deshalb erarbeitet, um den Mitarbeitern der einzelnen Krankenhäuser Orientierung für die Behandlung von Zeugen Jehovas zu geben.

A Problemstellung

Die Gabe von Blutprodukten wird von der Gemeinschaft der Zeugen Jehovas aus religiösen Gründen strikt abgelehnt. Selbst die Gabe autologen Blutes, etwa nach einer präoperativen Spende, wird abgelehnt. Mitglieder, die gegen dieses Gebot verstoßen, gelten als vom Glauben abgefallen und haben sich nach Auffassung der Zeu-

gen Jehovas selbst aus der Gemeinschaft ausgeschlossen. Dieser Ausschluss hat für die Betroffenen angesichts der engen Verflechtungen privater und religiöser Bezüge erhebliche soziale Folgen.

Aus diesen Erkenntnissen heraus ergibt sich ein besonderes Konfliktpotenzial bei der Behandlung von Zeugen Jehovas, das sich kurz mit den Schlagworten »ethisch/medizinische Maßstäbe des behandelnden Arztes/des Krankenhauses« und »Selbstbestimmungsrecht des Patienten« beschreiben lässt. Zwar wird von den Zeugen Jehovas betont, die behandelnden Ärzte von einer Haftung freizustellen, allerdings ist dies keine Freistellung von der ethischen, moralischen und rechtlichen Verantwortung und erleichtert keinesfalls die Handhabung dieses Problems im Klinikalltag.

B Fallgruppen

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Zeugen Jehovas, insbesondere im Hinblick auf potenzielle Bluttransfusionen, ergeben sich folgende Konstellationen:

I. Vertrauliche Bluttransfusion

Vermehrt treten Mitglieder der Gemeinschaft der Zeugen Jehovas an die behandelnden Ärzte heran und fragen nach den Möglichkeiten einer vertraulichen Bluttransfusion. Die Durchführung vertraulicher Bluttransfusionen muss gewährleistet werden.

Das heißt, Zeugen Jehovas sollten in jedem Fall die Option haben, vertraulich eine Transfusion zu erhalten, ohne dass Angehörige oder andere Dritte hiervon erfahren. Wichtig ist, dass die Dokumentation einer erfolgten Bluttransfusion aus haftungsrechtlichen Gründen dennoch immer zu erfolgen hat.

Der Wille des Patienten zur vertraulichen Behandlung ist von allen Mitarbeitern zu Lebzeiten des Patienten und auch nach seinem Tod strikt zu beachten. Dies gilt auch für Patientendokumentation und Patientenakten (Stichwort: Sperrvermerk). Auch bei der Erstellung von Rechnungen ist die Vertraulichkeit nach Möglichkeit zu wahren. Eine geeignete Lösung ist entsprechend der Gegebenheiten vor Ort anzuzielen.

II. Ablehnung der Bluttransfusion durch einen Erwachsenen

Grundsätzlich erfordert jeder ärztliche Heileingriff, mithin auch eine Bluttransfusion, die Einwilligung des betreffenden Patienten. Gründe hierfür sind der Schutz des Selbstbestimmungsrechts und der körperlichen Integrität.

Der willensfähige Patient kann in freier Entscheidung auch einen lebensrettenden Eingriff ablehnen, selbst wenn diese Entscheidung objektiv rational nicht nachvollziehbar

ist. In diesen Fällen kann auch nicht abgewartet werden, bis der Patient z. B. bewusst los ist, um sodann quasi ohne weitere Gegenwehr die Blutübertragung vorzunehmen. Eine etwaige Lebensgefahr oder der Tod des Patienten sind in diesen Fällen hinzunehmen. Eine Blutübertragung gegen den ausdrücklichen und erklärten Willen des Patienten stellt eine nicht gerechtfertigte Körperverletzung dar. Entsprechendes gilt im Übrigen bei Vorliegen einer wirksamen Patientenverfügung. Hiervon kann nur dann abgewichen werden, wenn gegenteilige Erkenntnisse über den mutmaßlichen Willen vorliegen oder in der Entscheidungssituation selbst Anhaltspunkte für eine Willensänderung auszumachen sind.

Bsp: Glaubwürdige Mitteilung eines Angehörigen oder engen Freundes, der Patient habe die Zeugen Jehovas bereits verlassen, die Patientenverfügung befinde sich nur noch versehentlich in der Brieftasche.

III. Ablehnung der Bluttransfusion von Minderjährigen zwischen 14 und 18 Jahren

Bis zum Erreichen der Volljährigkeitsgrenze ist in Konfliktfällen immer das Betreuungsgericht einzuschalten. Es gilt, in besonderer Weise die Schutzwürdigkeit und das Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger zu beachten.

IV. Ablehnung der Bluttransfusion bei nicht einwilligungsfähigen Patienten

Anstelle der nicht einwilligungsfähigen Patienten (Kinder, Jugendliche, Personen mit geistiger Behinderung) entscheiden grundsätzlich die Sorgeberechtigten, in der Regel also beide Eltern. Die elterliche Sorge umfasst auch die Entscheidung über medizinische Eingriffe, einschließlich der Ablehnung ärztlich empfohlener Maßnahmen. Die Eltern sind bei der Ausübung der elterlichen Sorge an das Wohl des Kindes gebunden. Die elterliche Sorge ist ein pflichtgebundenes Schutzrecht.

Das Grundrecht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit und das allgemeine Persönlichkeitsrecht sind zu beachten. Sie stellen zugleich Schranken des Personensorgerechts der Eltern dar. Bei Verweigerung der gesetzlichen Vertreter zur Bluttransfusion ist zunächst vordringlich eine Entscheidung des Betreuungsgerichts herbeizuführen. Kann der behandelnde Arzt wegen der Dringlichkeit der Behandlung die Entscheidung des Betreuungsgerichts nicht rechtzeitig einholen, darf und muss er sich notfalls über die Entscheidung der Eltern hinwegsetzen. Dies ist dann der Fall, wenn die Entscheidung der gesetzlichen Vertreter eine erhebliche Gefährdung des Kindeswohls bedeuten würde.

Der behandelnde Arzt hat der Überzeugung der Zeugen Jehovas so weit wie möglich Rechnung zu tragen, weswegen die Bluttransfusion in diesen Fällen das letzte, zur notwendigen Lebensrettung dienende Mittel bleiben muss.

V. Elektiveingriffe

Grundsätzlich gilt: Je notwendiger der Eingriff und je geringer die Wahrscheinlichkeit, dass eine Bluttransfusion erforderlich wird, desto mehr spricht dafür, die Eingriffsindikation auch bei Zeugen Jehovas zu bejahen.

1. Eingriffe, die eine Transfusion zwingend erfordern (negative Nutzen-Risiko-Bilanz)

Nach der Aufklärung muss der behandelnde Arzt auf eine derartige OP verzichten wenn der Patient nicht in die Transfusion einwilligt. Der Eingriff ist hier kontraindiziert, weil der Patient mit Sicherheit verbluten würde.

2. Eingriffe, die eine Transfusion nicht zwingend erfordern (positive Nutzen-Risiko-Bilanz)

Der Eingriff ist aber nur dann zulässig, wenn nach individuellen Umständen des konkreten Falles sowie der persönlichen Erfahrung des Operators nur eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit einer Transfusionsnotwendigkeit besteht. Es hat eine Risiko-Nutzen-Abwägung stattzufinden. Empfohlen wird, anhand der in allen Häusern erstellten Listen über das Einkreuzen von Blutkonserven in der jeweils aktuellsten Fassung vorab diejenigen Eingriffe zu bestimmen, die aufgrund einer erhöhten Transfusionswahrscheinlichkeit durch das betreffende Krankenhaus von Anfang an abgelehnt werden.

Von vornherein abgelehnt werden sollten alle Elektiveingriffe von einer Mindesttransfusionshäufigkeit von zehn Prozent für den jeweiligen Eingriff. Bei einer höheren Transfusionshäufigkeit ist im jeweiligen Einzelfall die Risiko-Nutzen-Abwägung durchzuführen und das Einvernehmen zwischen dem Operateur und Anästhesisten herbeizuführen, und zwar zumindest auf der Oberarzt-Ebene. Für den Fall, dass Operateur und/oder Anästhesist die OP verweigern, ist umgehend der zuständige Chefarzt zu informieren, der im Ergebnis entscheidet, ob die Operation durchgeführt wird oder nicht. Auf die Mitglieder des OP-Teams wird kein Zwang ausgeübt. Empfehlenswert ist die Erstellung einer Liste von Mitarbeitern, die eine Einverständniserklärung zur Mitwirkung in derartigen Fällen abgegeben haben.

Für den Fall, dass die OP durchgeführt wird, muss Einigkeit im Team (zwischen Operateur und Anästhesist) gewährleistet sein, wobei der Wille des Patienten strikt zu beachten ist (Ausnahmefälle s. o.).

Für den Fall, dass dem OP-Team der Eingriff zu riskant ist, ist auf die Operation zu verzichten und ggf. auf ein anderes Haus zu verweisen.

3. Eingriffe, bei denen der Patient nicht einwilligungsfähig ist

Hier gilt Gleiches wie unter Punkt IV. Bei Verweigerung des gesetzlichen Vertreters ist zunächst auch beim volljährigen Patienten die Entscheidung des Betreuungsgerichts einzuholen. Sollte dies nicht mehr möglich sein, ist im Zweifel die Blutübertragung zulässig, es sei denn, es gibt Anhaltspunkte für den gegenteiligen Willen, z. B. eine eindeutige Patientenverfügung, die im einwilligungsfähigen Zustand erstellt wurde.

In dem Sonderfall, dass ein Angehöriger mitteilt, dass der Patient den Zeugen Jehovas angehört, ist im Einzelfall zu prüfen, ob es wirklich dem Willen des Patienten entspricht, keine Bluttransfusion zu erhalten. Der Arzt darf sich nicht blind auf eine derartige Aussage verlassen, sondern muss sich im Zweifel für das Leben, d.h. für die Transfusion, entscheiden.

VI. Notfalleingriffe

Problematisch ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ein behandelnder Arzt eine OP durchführen darf oder sogar muss, wenn der Patient zwar mit dieser einverstanden ist, eine damit in Zusammenhang stehende mögliche Bluttransfusion aber ablehnt. Die Weigerung des Arztes, eine lebensrettende OP durchzuführen, steht in engem Zusammenhang mit dem allgemeinen Hilfeleistungsgebot und der strafrechtlichen Sanktion bei unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB). Vital indizierte dringende Eingriffe mit einer – trotz der Verweigerung zur Bluttransfusion – Einwilligung des voll informierten Patienten wird der behandelnde Arzt nicht nur durchführen dürfen, sondern auch müssen.

Dies folgt aus der allgemeinen Hilfeleistungspflicht des § 323c StGB und, wenn der Arzt die Behandlung übernommen hat, aus seiner Garantenpflicht.

Bietet nur die sofortige OP die Chance zur Lebensrettung, so ist diese grundsätzlich selbst dann durchzuführen, wenn die überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass eine Transfusion erforderlich werden wird.

Es geht darum, die Chancen des Patienten auf Lebensrettung zu wahren. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Verweigerung der Blutübertragung die Hilfeleistungspflicht des behandelnden Arztes nicht tangiert, sondern lediglich die ihm zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt.

4 APPENDIX

4.1 Literaturhinweise

- Koch, Sebastian (Hg.): **Die Zeugen Jehovas in Ostmittel-, Südost- und Südeuropa: Zum Schicksal einer religiösen Minderheit**
Münster 2007.
- Noll Jürgen: **Jehovas Zeugen als Bekenntnisgemeinschaft. Rechtsfragen um eine religiöse Minderheit**
Wien 2001.
- Schmidt, R.: **Zeugen Jehovas**, in: Auffarth, C.; Bernard, J.; Mohr, H. (Hg.), Metzler-Lexikon Religion. Gegenwart – Alltag – Medien, Bd. 3, Stuttgart – Weimar 2000, 708 - 711.
- Schreiber, M.: **Zeugen Jehovas**, in: Theologische Realenzyklopädie (TRE), Bd. 36, Berlin – New York 2004, 660 - 663.
- Schwarzer, C.: **Blut. Blood**
Münster 2009.

Onlinedokumente:

Leitlinie Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas DRK Kliniken Berlin:
http://www.drk-kliniken-berlin.de/uploads/media/LL_ZJ_LL_01.pdf

Leitlinie Transfusionsmedizin. Bluttransfusion bei minderjährigen Kindern Zeugen Jehovas (Asklepios Klinik St. Augustin):
http://www.ethikberatung.uni-goettingen.de/pdfs/leitlinie_sa_zj.pdf

Jehovas Zeugen Informationsportal
<http://www.jehovaszeugen.de/Wie-wir-ueber-medizinische-Behandlu.76.0.html>

Ärzteblatt
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50750/Zeugen-Jehovas-ueberleben-Herzchirurgie-haeufiger>

4.2 Kurzinformation trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier

Vorstellung

Auf Initiative der vier großen katholischen Trägerorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen im Bistum Trier wurde ein trägerübergreifender Ethikrat gebildet. Die konstituierende Sitzung fand am 26. Februar 2008 im Mutter-Rosa-Zentrum in Trier statt. Der Ethikrat unterstützt mit seinen Voten die Barmherzige Brüder Trier e.V. (BBT), die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die Cusanus Trägergesellschaft Trier mbH (ctt, ehemals Caritas Trägergesellschaft Trier) und die Marienhaus GmbH Waldbreitbach. Weiterhin ist er offen für Anfragen der Deutschen Ordensoberrn- und Oberinnenkonferenz (DOK) und der von den Orden getragenen Gesellschaften mit Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Der Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragestellungen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er greift daneben aber auch eigenständig Themen auf, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können. Mit seinen Voten, die in den einzelnen Trägerorganisationen eigenverantwortlich umgesetzt werden, will er den Verantwortlichen helfen, ethische verantwortbare Entscheidungen vor Ort zu treffen.

Mitglieder (2011-2014)

Vorsitzender	Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC	Professor für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar; Direktor des Ethik-Instituts an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
Stellvertreter	Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff	Professor für Moraltheologie an der Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Mitglieder	Prof. Dr. Johannes Brantl	Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moraltheologie

Mitglieder	Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin
	Prof. Dr. Wolfram Höfling	Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Inhaber des Lehrstuhls für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht
	Prof. Dr. Johannes Reiter	Prof. em. für Moraltheologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
	Jun.-Prof. Dr. Helen Kohlen	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Care-Policy und Ethik in der Pflege
	PD Dr. med. Stephan Sahm	Chefarzt Medizinische Klinik I, Ketteler Krankenhaus, Offenbach
	Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ	Professor für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main
	Dr. Verena Wetzstein	Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg; Wissenschaftliche Redakteurin der Zeitschrift für medizinische Ethik

Ständiges
beratendes
Mitglied

**Domdechant Prälat
Franz Josef Gebert**

Vorsitzender des Caritasverbandes
für die Diözese Trier e.V.

Koordinator

Dr. Ingo Proft

Ethik-Institut an der Philosophisch-
Theologischen Hochschule
Vallendar

Kontakt

Ethik-Institut an der PTHV
Geschäftsstelle des Trägerübergreifenden
Ethikrates im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

E-Mail: ethikrat@pthv.de

the same time, the fact that the *h* allele is present in all populations and at high frequencies (i.e. 0.75–1.0) suggests that it is a highly successful genotype. The *h* allele may be an adaptive genotype in the current environment and/or may have been an adaptive genotype in the past. The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time.

It is possible that the *h* allele is a highly successful genotype in the current environment. The *h* allele is present in all populations and at high frequencies, suggesting that it is a highly successful genotype. The *h* allele may be an adaptive genotype in the current environment and/or may have been an adaptive genotype in the past. The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time.

It is also possible that the *h* allele is a highly successful genotype in the past. The *h* allele is present in all populations and at high frequencies, suggesting that it is a highly successful genotype. The *h* allele may be an adaptive genotype in the current environment and/or may have been an adaptive genotype in the past. The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time.

The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time. It is possible that the *h* allele is a highly successful genotype in the current environment and/or may have been an adaptive genotype in the past. The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time.

The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time. It is possible that the *h* allele is a highly successful genotype in the current environment and/or may have been an adaptive genotype in the past. The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time.

The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time. It is possible that the *h* allele is a highly successful genotype in the current environment and/or may have been an adaptive genotype in the past. The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time.

The *h* allele is also present in all populations in the region, including those that are geographically isolated, suggesting that it has been present in the region for a long time.